

DE L'HYSTÉROPEXIE

PAR LE PROCÉDÉ

Du Professeur LAROYENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mardi 19 Décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOUFFANDEAU Hippolyte

Né à La Benate (Charente-Inférieure), le 14 juin 1869

AMIENS

IMPRIMERIE PICARDE, 71, RUE DU LYCÉE. — LÉON MOTTE

TÉLÉPHONE

—
1893

A MA FAMILLE

TÉMOIGNAGE D'AFFECTION

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAROYENNE,

*Professeur-adjoint de clinique gynécologique à la Faculté de
Médecine de Lyon.*

JÉMOIGNAGE DE MA PROFONDE GRATITUDE.

A MONSIEUR CONDAMIN

Professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

JÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE.

DE L'HYSTÉROPEXIE

PAR LE PROCÉDÉ

Du Professeur LAROYENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mardi 19 Décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOUFFANDEAU Hippolyte

Né à La Benate (Charente-Inférieure), le 14 juin 1869

AMIENS

IMPRIMERIE PICARDE, 71, RUE DU LYCÉE. — LÉON MOTTE

TÉLÉPHONE

—
1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Cliniques des maladies mentales		GAYET.
Physiques médicales.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentée et comparée		TRIPPIER (RAYMOND)
Médecine légale		X.
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON, —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGREGES

MM. AUGAGNEUR. }	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET Étienne.	BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

M. LAROYENNE, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. AUGAGNEUR et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Pendant les quelques mois que nous avons passés comme externe dans le service de M. le Professeur Laroyenne, nous y avons vu pratiquer plusieurs hystéropexies. Le procédé employé par notre maître nous avait toujours frappé par sa grande simplicité, sa facilité et son innocuité parfaite; avantages qui ne se trouvent réunis dans aucune autre méthode décrite jusqu'à ce jour. M. le Professeur-agrégé Condamain nous a conseillé d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Cet honneur nous a été accordé.

Avant de commencer ce modeste travail, qui n'a de valeur que par les idées que nous avons essayé d'y reproduire, notre premier devoir est de remercier publiquement M. le Professeur Laroyenne. Ce maître

éminent nous a toujours accueilli avec une sollicitude toute paternelle. Nous lui devons beaucoup et nous serons toujours fier de nous dire son élève. Qu'il soit assuré de notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de notre thèse.

Nous n'oublierons jamais non plus la bienveillance extrême que M. le Professeur-agrégé Condamin n'a cessé de montrer pour nous. A chaque instant et jusqu'au dernier jour de notre scolarité, il nous a aidé de ses conseils et de son savoir. Nous ne saurions assez lui témoigner l'expression de notre reconnaissance.

Nous ne voulons pas partir sans remercier nos autres chefs de service des hôpitaux civils de Lyon : MM. Augagneur, Ollier et Vincent ont droit à notre gratitude. Aimant la médecine et désireux de beaucoup apprendre, nous avons passé dans leurs services des heures remplies de charmes par le haut enseignement qu'ils nous y ont donné. Nous y avons oublié, au moins quelque temps, les ennuis de toutes sortes qui ont troublé parfois le cours de nos études médicales. C'est à eux que nous devons en grande partie notre bagage scientifique ; il est léger, mais basé sur les principes solides qu'ils nous ont inculqués. Le peu que nous savons, nous le devons à leurs savantes leçons et aux conseils qu'ils nous ont prodigués. Notre seul désir est de pouvoir toujours leur faire honneur et être digne de la Faculté de Lyon.

M. Levrat, chirurgien-major de la Charité, a tout

particulièrement droit à notre reconnaissance. Nous le remercions pour ses cours qu'il a bien voulu nous permettre de suivre et pour les conseils qu'il ne nous a jamais ménagés ; nous le remercions pour l'obligeance avec laquelle il a soigné un membre de notre famille.

Nous n'aurions garde d'oublier dans nos remerciements nos deux amis intimes, MM. les docteurs Roux et Huber. Pendant trois ans, nous avons pu apprécier leurs hautes qualités. Nous leur devons les meilleurs moments que nous ayons passés à Lyon. Ils nous ont fait connaître les douceurs d'une véritable amitié. Qu'ils veuillent bien permettre à leur ami de leur dire sincèrement : Merci !

DE L'HYSTÉROPEXIE

PAR LE PROCÉDÉ

Du Professeur LAROYENNE

CHAPITRE I

Étude générale des divers procédés d'hystéropexie

L'*hystéropexie* est une opération qui consiste dans l'ouverture du ventre et dans la fixation de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure.

Le but cherché est de déterminer des adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale ; ces adhérences sont destinées à maintenir l'organe et à lui tenir lieu des ligaments qui ont failli à leur tâche.

Cette opération est de date récente. L'idée première appartient à Gaillard Thomas qui l'indiqua, sans la pratiquer, comme traitement du prolapsus utérin.

C'est à *Kæberlé* que revient l'honneur de l'avoir faite pour la première fois. Le 27 mars 1869, chez une femme dont l'utérus rétrodévié occasionnait des phénomènes d'occlusion intestinale chronique, le célèbre chirurgien de Strasbourg ouvrit la cavité

abdominale, alla chercher dans le petit bassin l'utérus qu'il ramena en avant et « qu'il réunit ainsi qu'un pédicule de kyste ovarique au bord inférieur de la plaie ». Il faut remarquer que cette opération fut entreprise de propos délibéré, le diagnostic de la cause de l'occlusion ayant été nettement posé. A cette époque encore, ouvrir le ventre était chose hardie.

Six ans plus tard, en 1875, sans connaître d'ailleurs l'observation de Kœberlé, *Sims*, en Amérique, fit la même opération; mais lui ne l'aurait peut-être pas entreprise, s'il n'avait été obligé, pour d'autres raisons, d'ouvrir la cavité abdominale de sa malade.

Malgré les succès merveilleux de ces deux chirurgiens, l'opération sembla passer presque inaperçue.

En 1879, *Schroder* la pratiqua chez une malade atteinte de rétroflexion compliquée de chorée symptomatique et présentant en même temps un petit kyste de l'ovaire. Les accidents disparurent après l'opération.

Lawson Tait, le 26 février 1880, fit une laparotomie chez une femme souffrant d'un ovarite et d'une rétroflexion utérine que rien n'avait pu soulager. Il enleva les ovaires et, en fermant la plaie, il fixa le fond de l'utérus à la paroi.

Hennig eut également un très bon succès en 1881.

Jusqu'en 1886, il y eut de la sorte quelques cas isolés, mais les chirurgiens n'étaient guidés par aucune règle; il n'y avait pas de méthode bien définie. C'est alors qu'*Olshausen* publia son mémoire dans lequel il préconise et systématise l'opération qui nous

occupe. Dès lors, cette question est à l'ordre du jour et les travaux sont fréquents. L'opération est adoptée; on ne discute plus que sur le nom qui lui convient le mieux et sur les divers procédés préconisés par les chirurgiens (Sænger, Klotz, Terrier, etc.) Kœberlé avait appelé son opération : *Gastrotomie avec fixation de la matrice d'une façon permanente à la paroi abdominale*.

Olshausen y substitua la dénomination de *Ventrale-Fixatio* qu'on traduisit en français par *Ventrofixation*. La liste des noms donnés par les différents auteurs est assez longue. En voici le tableau dressé par M. Marcel Baudouin (1) :

Ventrale-Fixatio (Olshausen).
Ventro-Fixatio (Olshausen).
Hystérorrhaphe (H. Kelly).
Antefixatio (Sænger).
Hystéropexie (Trélat-Pozzi).
Utérorrhaphe (Tillaux, Polaillon).
Gastrohystérorrhaphe (Sænger).
Gastrohystérosynaphie (Sænger, Cuzzi).
Laparohystérorrhaphe (Terrier).
Laparohystéropexie (Dumoret).
Hystérorrhaphe ventrale antérieure (Czerny).
Symphyse utéro-pariétale (Segond).
Hystéropexie abdominale antérieure (Baudouin).

Le terme d'*hystéropexie* (ὑστερον matrice et πηξίς je fixe, πηγνυμι fixation) a prévalu et est accepté à peu près par tout le monde.

On comprendra aisément qu'à l'époque où l'on commença à faire l'hystéropexie, l'ouverture de la

(1) Baudouin : *Hystéropexie abdominale antérieure dans les rétro-cévations de l'utérus*. — Thèse de Paris — 1890.

cavité abdominale ait effrayé beaucoup de chirurgiens. Aussi, dès les premiers temps de cette opération, voit-on apparaître une division bien tranchée entre les opérateurs. Les uns veulent fixer l'utérus à la paroi abdominale sans ouvrir le ventre; les autres croient cette ouverture de la cavité abdominale absolument indispensable pour faire une bonne opération. Tout est là : doit-on ouvrir le *péritoine* ou doit-on le respecter? D'où une première grande division :

Hystéropexie extra-péritonéale — le péritoine est respecté.

Hystéropexie intra-péritonéale — le péritoine est incisé.

Cette hésitation à inciser la séreuse péritonéale se comprenait parfaitement, il y a quelques années encore. Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, nous n'avons plus de crainte à avoir si l'opération se fait avec toutes les précautions voulues. L'hystéropexie extra-péritonéale n'a plus pour nous qu'un intérêt historique. J'en dirai d'ailleurs les inconvénients et les dangers dans un autre chapitre, et je me bornerai ici à en indiquer sommairement le manuel opératoire.

A. — HYSTÉROPEXIE EXTRA-PÉRITONÉALE.

a. — *Hystéropexie simple*. — (*Sims, Kelly*). — Un aide introduit une main dans le vagin, recherche le fond de l'utérus, le refoule en avant et l'amène au contact de la paroi abdominale. A l'aide d'une aiguille armée d'un fil, l'opérateur traverse d'abord la paroi abdominale, puis le fond de l'utérus et de nouveau la

paroi abdominale, du côté opposé. Le péritoine n'est pas ouvert, mais simplement traversé par une aiguille.

b. — Procédé de Caneva. — En 1882, *Caneva* (1), chirurgien italien, propose une nouvelle méthode d'hystéropexie dans le traitement du prolapsus utérin. L'auteur n'aurait d'ailleurs jamais pratiqué cette opération ; mais en 1889, *Kaltenbach* (2) l'aurait 3 fois mise en usage avec de bons résultats.

Caneva, après avoir décrit les soins à donner les jours qui précèdent l'opération, énumère les instruments nécessaires au chirurgien, et donne pour son manuel opératoire les détails suivants :

« Après avoir observé toutes les règles d'une rigoureuse antisepsie, on procède à l'opération. La femme est placée en supination sur le petit lit d'opération ; elle est chloroformée. La vessie préalablement vidée, le chirurgien introduit la sonde dans la cavité utérine et la confie ensuite à un assistant habile ; celui-ci doit la tenir de façon à ce que le corps de l'utérus réponde, par sa face antérieure à la paroi abdominale. Cela fait, l'opérateur, placé à la gauche de la malade et tendant les téguments de l'abdomen, pratique une incision de 6 à 7 centimètres environ, et distante à peu près de 5 centimètres de la branche horizontale du pubis.

Les parois abdominales sont incisées exactement sur le corps de l'utérus, que l'on peut ainsi palper,

(1) Caneva. — *Una proposita per la cura radicale del prolapso completo dell' utero* ; in *Gazetta degli Hospitali*. — 20 décembre 1882.

(2) Kaltenbach. — *Réunion des natur. all.*, Heidelberg, 3 septembre 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889.)

la cavité abdominale ouverte. L'hémostase assurée, on arrive, en incisant couche par couche sur la séreuse péritonéale que l'on met à découvert sur toute la longueur de l'incision des téguments. Ensuite, avec légèreté et de grands ménagements, on décolle avec le manche du bistouri ou mieux avec le doigt, le péritoine des côtés de la plaie. De cette façon les parois abdominales divisées et écartées transversalement de chaque côté laissent à découvert un espace de péritoine suffisant ayant à peu près 4 centimètres d'étendue transversale. Ce temps est le plus délicat de l'opération. L'assistant maintenant solidement l'utérus avec la sonde contre le péritoine mis à découvert, l'opérateur se servant d'une fine aiguille munie d'un fil de catgut, pratique la suture entre les deux faces du péritoine (péritoine viscéral et pariétal). Cette suture peut être faite selon les circonstances avec un seul ou plusieurs fils.

La suture ayant été ainsi disposée, on lave avec soin la plaie, et, avant d'enlever la sonde, on s'assure que la matrice abandonnée à elle-même ne tiraille pas les deux feuillets du péritoine réunis : si pareille chose arrivait, il ne faudrait enlever la sonde utérine qu'après avoir placé tous les points de suture de la paroi abdominale, y compris la séreuse péritonéale.

Le pansement est fait selon la méthode de Lister et maintenu en place par un léger bandage contentif ».

B. — HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE.

L'*hystéropexie intra-péritonéale* est à peu près la seule employée aujourd'hui. Nombreux déjà sont les procédés décrits par les divers auteurs. Pour la facilité de leur étude, on peut les diviser en 3 catégories :

I. — *Hystéropexie indirecte* : Fixation des ovaires et des trompes à la paroi abdominale (*Kæberlé, Klotz*).

II. — *Hystéropexie semi-directe* ou *directe-latérale* : Fixation de l'extrémité interne des ligaments larges par trois points de suture situés sur les bords de l'utérus (*Sænger, Olshausen*).

III. — *Hystéropexie directe* : Fixation de l'utérus par plusieurs fils traversant les couches superficielles de l'organe (*Philipps, Léopold, Terrier, Laroyenne*).

La méthode de M. le professeur Laroyenne rentre dans la troisième classe de cette division. Avant d'en exposer le manuel opératoire, il me semble utile de dire quelques mots des principaux autres procédés.

Notons encore auparavant que les auteurs ont aussi distingué des *hystéropexies types* et des *hystéropexies complémentaires*. Les premières consistent dans la suture pure et simple de l'utérus à la paroi abdominale. Dans les secondes, cette suture n'est faite que consécutivement à l'ablation des annexes d'un ou des deux côtés.

A. — *Procédé de Kæberlé*. Cette méthode est toujours consécutive à l'ablation des annexes. C'est une hystéropexie complémentaire. C'est le pédicule

qui est suturé à la paroi abdominale et qui va soutenir l'utérus.

Cette manière de faire ne compte plus aujourd'hui qu'au point de vue historique. Elle a le grave tort de nécessiter la castration.

Klotz a légèrement modifié ce procédé en ne réunissant le pédicule qu'à un seul côté de la plaie et en maintenant l'utérus en anté-version par un *drain de verre* qu'il n'enlève qu'au bout de 3 ou 4 semaines (*étançonnage utérin* de Roux, de Lausanne).

B. — Procédé d'Olshausen-Sænger. — Chaque corne utérine est fixée à la paroi par plusieurs points de suture en dedans de l'artère épigastrique. On en fait 3 de chaque côté en ayant soin de ne prendre dans la suture que le feuillet séreux et de ne piquer ni la trompe ni l'artère épigastrique.

Cette méthode présente l'inconvénient de laisser entre la face antérieure de l'utérus et la paroi abdominale un espace libre, une sorte de boutonnière qui peut donner lieu à des phénomènes d'étranglement interne.

C. — Procédé de Léopold (de Dresde). — 1^{er} temps
Incision médiane allant de l'ombilic au pubis.

2^e temps : Recherche de l'utérus dans le bassin ; cet organe est attiré à la partie inférieure de la plaie abdominale. Un aide soutient le fond.

3^e temps : Déchirure des adhérences ; ablation des annexes, s'il y a lieu.

4^e temps : Fixation:

a. Le premier fil de soie est placé de telle sorte qu'il traverse d'abord toute l'épaisseur, en dehors du bord gauche de la plaie, de la paroi abdominale ; il passe ensuite au niveau de l'insertion du ligament rond gauche, à travers la paroi antérieure de l'utérus puis il ressort en traversant toute l'épaisseur du bord droit de la plaie abdominale.

b. Le deuxième fil est placé à 1 centimètre environ au-dessous du premier ; il pénètre sous la séreuse au fond de la matrice près de l'origine des trompes, au milieu des fibres musculaires de la paroi antérieure de ce fond.

c. Le troisième fil, placé de la même manière, en arrière de l'insertion des trompes, est à 1 centimètre environ du précédent.

Le trajet de chacun de ces fils, au milieu des fibres utérines est d'environ 2 centimètres.

5° temps : Grattage de la séreuse péritonéale avec le dos du bistouri, au niveau du fond de l'utérus, entre les points d'entrée et de sortie des fils. L'étendue de cette surface saignante est d'environ 4 centimètres carrés.

6° temps : Suture de la partie inférieure de la plaie par deux fils extra-utérins. A la partie supérieure, les fils fixateurs, placés comme il a été dit plus haut, servent à la fois et à fermer la plaie abdominale et à maintenir l'utérus contre la paroi.

d. — Procédé de Czerny. — L'aiguille et les fils fixateurs ne traversent que la partie profonde (péritoine, muscles et aponévrose) des lèvres de la plaie

abdominale, laissant intacts les téguments. Du côté de l'utérus, ces fils traversent la couche musculaire superficielle, en un point où cet organe s'adapte facilement à la paroi et sans exercer de traction. On noue ces fils fixateurs, puis on suture par dessus la paroi abdominale.

E. Procédé de Terrier. — Simple modification du procédé de Czerny.

1^{er} temps. — Incision médiane à partir de 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus du pubis. — Section de la ligne blanche : — incision du péritoine.

2^e temps. — Une main introduite dans le vagin refoule le fond de l'utérus en haut et en avant.

3^e temps. — Gros fil de soie passé dans le fond de l'utérus et destiné à relever et soutenir l'organe.

4^e temps. — Sutures fixatrices au catgut. Chaque fil forme dans l'intérieur du muscle utérin plusieurs anses successives. L'opérateur *faufile* l'utérus. Dans les parois abdominales les fils sont disposés comme dans la méthode de Czerny.

Ces fils sont noués et coupés, ils constituent des sutures perdues.

5^e temps. — Sutures des téguments.

6^e temps. — Pansement.

F. Procédé de Pozzi.

1^{er} temps. — Incision médiane de 8 centimètres finissant à 2 centimètres au-dessus du pubis.

2^e temps. — Recherche et libération du fond de l'utérus qui est ramené en avant.

3° *temps*. — Soulèvement et maintien par un aide du fond de l'utérus avec une pince tire-balle placée très superficiellement.

4° *temps*. — « Le chirurgien, armé d'une aiguille de Hagedorn munie de soie fine mais résistante, fait, à la partie inférieure de la plaie, deux points de suture comprenant la totalité du plan séro-fibro-musculaire des parois abdominales de manière à y prendre un point d'appui. A partir de là, il fait rapidement un surjet ascendant dont la spirale traverse successivement toute la partie profonde de la plaie abdominale (peau et tissu cellulaire exceptés), la couche superficielle de l'utérus sur sa partie médiane, puis l'autre lèvre de l'incision abdominale; trois à quatre points de suture suffisent. Dès que l'utérus est de la sorte fixé à la paroi antérieure, le surjet de soie est arrêté ».

5° *temps*. — Suture de toute la plaie par un surjet au catgut à deux plans superposés.

6° *temps*. — Sutures profondes de soutènement à la soie, puis sutures intercalaires superficielles.

Les autres procédés que nous ne décrivons point se rapprochent tous plus ou moins d'une des méthodes que nous venons de citer. Ils n'en diffèrent souvent que par des détails bien minimes. Nous croyons plus utile de renvoyer à un tableau d'ensemble où il sera très facile de comparer les différentes opérations.

TABLEAU
des Principaux Procédés d'Hystéropexie

	DIVISION		PROCÉDÉS	OBSERVATIONS
I. — Hystéropexies extra-péritonéales.	I. Hystéropexie d'emblée, sans laparotomie.		Procédé SIMS-KELLY. Procédé VATON.	Décollement du péritoine de la face post. de la vessie. Fixation de l'utérus au péritoine de la symphyse pubienne. — Capitonnage de l'utérus.
	II. Hystéropexie avec laparotomie.		Procédé KALTENBACH. — ASSAKY. Procédé CANEVA.	
II. — Hystéropexies intra-péritonéales.	A. Directe ou Directe-médiane.	Fils horizontaux.	Fixation aux lèvres de la plaie abdominale. — Sutures intra-péritonéo-pariétales ou intra-utéro-pariétales. Fixation à la paroi abdominale. — Sutures temporaires. — Avivement.	Sutures médiales à points séparés en surjet. Sutures bilatérales et symétriques.
		Fils vertic.	Fixation à la paroi abdominale, excepté la peau. Sutures perdues intra-péritonéo-abdominales.	Procédé LAROYENNE. Procédé TERRIER. Procédé CZERNY. Procédé POZZI. Procédé PICQUÉ. Procédé LÉOPOLD. Procédé ZIMMEISTER. Procédé FAUCON.
	B. Semi-directe ou Directe latérale	I. Fixation des cornes utérines. 1° à la paroi abdominale 2° Aux lèvres mêmes de la plaie abdominale. II. Fixation (aux bords de la des ligaments) plaie de la paroi larges seuls (abdominale).	Toute entière. Seulement à la séreuse. Aux lèvres mêmes de la plaie abdominale.	Procédé OLSHAUSEN SOENGER. Procédé KELLY. Procédé O'KLOTZ. Procédé VON WINWATER
	C. Indirecte	Fixation du pédicule de l'une des deux annexes enlevées	A la paroi abdominale. Aux lèvres de la plaie abdominale.	a. Procédé OLSHAUSEN. SOENGER. b. c. Procédé KOEBERLÉ. — SIMS.
				Premières hystéropexies complémentaires Sutures perdues intra-péritonéo-pariétales. Anciennes ovariectomies à pédicule externe.

CHAPITRE II

De l'hystéropexie par le procédé du professeur Laroyenne. — Manuel opératoire.

Le manuel opératoire (1) de l'opération du professeur Laroyenne est d'une simplicité extrême et d'une exécution bien facile.

Pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, la malade est soumise à toutes les précautions antiseptiques prises pour toutes les laparotomies : bains alcalins d'abord, puis bains au sublimé, lavages de la paroi abdominale.

La veille la malade est purgée.

Le matin, nouveau bain au sublimé, puis nettoyage complet de la paroi abdominale en surveillant tout particulièrement l'ombilic.

La vessie est vidée, le vagin bien lavé.

La paroi abdominale est lavée au savon, rasée, de nouveau lavée au savon, puis au sublimé à 1/1000.

Enfin, frictions à l'éther et, pour terminer, lavage à l'alcool sublimé à 1/1000. Des compresses de gaze aseptique recouvrent le ventre de la malade jusqu'au moment de l'opération.

(1) V. M. Audry Note sur 3 observations d'hystéropexie, emploi d'un procédé nouveau (in Progrès médical 5 juillet 1890.)

MM. Condamin et Levrat : De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne. Manuel opératoire, indications. 20 observations, (in Archives provinciales : Décembre 1893.)

Les membres inférieurs sont enveloppés dans des couvertures de flanelle fixées par des bandes de toile bien aseptiques. La partie supérieure du thorax est de même recouverte, tout en laissant le champ opératoire entièrement et largement libre.

Outre l'instrumentation habituelle d'une laparotomie (bistouris, ciseaux, pinces hémostatiques, pinces à griffes, etc...) l'opération nécessite un *gros hystéromètre* et trois ou quatre *aiguilles-broches* montées ou non sur manches.

L'*hystéromètre* de *M. Laroyenne* (fig. 1) a un calibre qui est de beaucoup supérieur de celui des plus gros numéros des hystéromètres ordinaires. De plus, son extrémité doit être très arrondie de façon à éviter toute chance de perforer l'utérus quand on relèvera cet organe. Etant donné le volume de cet instrument, on est obligé généralement, pour le mettre en place, de procéder préalablement à la dilatation du col utérin à l'aide des bougies d'Hégar. Ordinairement il faut arriver à passer le numéro 26 de la série.

Cet hystéromètre, (1) d'une très grande utilité, permet de réduire les déviations utérines et de mettre, avant toute incision, cet organe en contact avec la paroi abdominale.

Les *aiguilles-broches* (figure 2) doivent avoir une longueur de 15 à 20 centimètres; elles sont légèrement courbes à leur extrémité effilée. A une de leurs

(1) Se reporter à la figure n° 1 où cet instrument est représenté en place, tel que doit le tenir l'aide qui en est chargé pendant l'opération.

extrémités se trouve un chas assez large pour recevoir de gros fils. Ces fils, entraînés par les aiguilles, serviront à les remplacer et à fixer l'utérus. Nous renvoyons les lecteurs à notre figure n° 2 qui représente ces aiguilles en place, traversant les plans *aponévrotico-séreux* de chaque côté de l'incision et transfixant l'utérus qu'elles maintiennent dans la plaie.

Tous ces instruments ont été préalablement stérilisés d'une manière rigoureuse ainsi que les éponges et paquets de gaze ou de compresses qui doivent servir pendant l'opération.

Je passe sous silence tous les détails de la toilette minutieuse à laquelle doivent se livrer le chirurgien et ses aides. Il n'est plus personne maintenant à qui l'on ait besoin de rappeler ces soins.

Un quart d'heure avant le commencement de l'anesthésie, injection hypodermique de 1 centigr. de la solution Aubert-Tripier, (chlorhydrate de morphine 0 gr. 20 ; sulfate neutre d'atropine 0 gr. 02, eau distillée 20 gr.).

Au moment de l'opération, nouvelle toilette de la paroi abdominale ; on limite la région opératoire avec des compresses de gaze aseptique. Nouveau cathétérisme.

La malade est anesthésiée à l'éther. (1) L'opération

(1) Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte ici pour faire remarquer une fois encore la supériorité de l'éther sur le chloroforme, surtout quand il s'agit d'opérations faites chez des femmes. Là, plus que jamais, la narcose doit être complète et nous ne croyons pas qu'on puisse obtenir ce résultat avec autant de sécurité avec le chloroforme qu'avec l'éther. Les anesthésies que nous avons pratiquées pendant ces deux dernières années nous ont permis d'acquérir une petite expérience personnelle sur cette question qui nous a

ne peut être commencée que lorsque la résolution est complète.

A ce moment, la malade, placée sur le lit de Trendelenburg, est mise en inversion, la tête tournée vers la lumière.

OPÉRATION.

1^{er} temps.— Le col est dilaté (1) à l'aide des bougies d'Hégar, jusqu'à ce que le gros hystéromètre puisse être introduit dans la cavité utérine (environ n° 26). Alors, à l'aide de cet hystéromètre mis en place (fig. 1), un aide réduit l'utérus prolabé ou rétrodévié, le reporte en haut et le maintient continuellement appliqué à la paroi abdominale au point où on a décidé de le fixer (fig. 1.) en soulevant même cette paroi abdominale, comme l'indique la figure.

2^e temps.— Sur la ligne blanche, on fait une incision de 6 à 8 centimètres au plus, comprenant le péritoine et conduisant directement sur le fond et la face antérieure de l'utérus. L'opérateur a ainsi de suite la matrice sous les yeux et, bien que le péritoine soit

toujours intéressé Il nous a été donné de nous rendre compte par nous-même combien l'Ecole Lyonnaise est dans le vrai et combien elle a raison de préconiser l'éthérisation.

Depuis de longues années, dans le service de M. Laroyenne, on n'emploie que l'éther et quelquefois on est obligé de le donner à hautes doses, les opérations étant de longue durée. On n'a jamais eu d'accident à signaler.

Voir d'ailleurs l'article de M. Vallas, in Revue de chirurgie n° 4 10 avril 1893.

(1) La dilatation du col utérin pour permettre l'introduction de l'hystéromètre fait en réalité, partie du premier temps de l'opération, comme nous l'indiquons ici. Cependant, cette manœuvre étant très difficile à pratiquer sur le lit de Trendelenburg, l'opérateur sera obligé souvent de dilater le col avant le transport de la malade sur le lit spécial.

incisé, on peut dire que la cavité ne reste presque pas ouverte, puisque le fond de l'utérus vient fermer immédiatement l'orifice. Pendant l'incision, un aide pince aussi rapidement que possible les vaisseaux de la couche graisseuse sous-cutanée parfois assez épaisse.



Fig. 4. — Hystéromètre de M. Laroyenne maintenu en place.
Utérus réduit et appliqué contre la paroi abdominale.

Les bords de la section péritonéale sont également maintenus par des pinces à pression.

On s'assure qu'il n'y a point d'anse intestinale au devant de l'utérus ni de masses épiploïques. Dans ce cas, d'ailleurs, rien de plus facile que de les récliner et de les faire rentrer dans la cavité abdominale. Un coup d'œil jeté de chaque côté de l'utérus permet de se rendre vite compte de l'état des annexes.

3^e temps.—L'aide chargé de l'hystéromètre soulève bien l'utérus et en maintient le corps dans la plaie.

Pour cela, il n'a qu'à abaisser le plus possible le manche de l'instrument en déprimant au besoin le périnée (fig. 4).

Une première aiguille-broche est introduite dans la couche aponévrotique de la paroi abdominale, traverse le péritoine à 2 centimètres du bord de sa section et pénètre aussitôt dans la partie antérieure du muscle utérin au niveau du fond de l'organe. Cette aiguille traverse environ 2 centimètres d'utérus et ressort symétriquement à travers l'autre bord de la plaie abdominale.

On introduit de la même façon deux autres

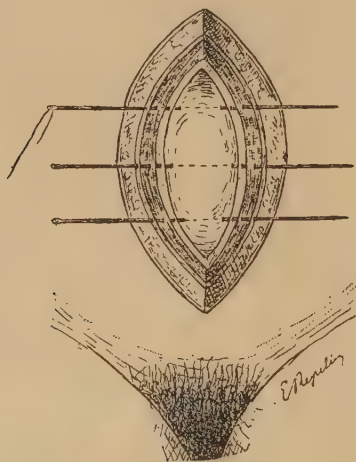


Fig. 2 — Aiguilles-broches en place.
Utérus fixé à la paroi abdominale.

aiguilles semblables en procédant de haut en bas et en les espaçant d'environ 2 centimètres. Le point important de ce temps est le placement de la première aiguille dans l'utérus encore légèrement mobile mal-

gré l'hystéromètre. Dès que cette première aiguille est en place, l'utérus, au contraire, est déjà fixé solidement à la paroi abdominale. Le chirurgien peut alors prendre toutes les précautions voulues pour passer les autres.

L'utérus étant dès lors bien fixé à la paroi par les aiguilles laissées en place, on retire l'hystéromètre.

Les partisans de l'avivement pourront alors gratter la surface antérieure du corps utérin et déterminer une surface saignante. On sera sûr que le sang ne tombera pas dans la cavité abdominale qui est d'ores et déjà définitivement fermée.

4° *temps*. — On charge les aiguilles de *crins de Florence*. On noue chaque fil l'un après l'autre en commençant par le plus élevé et en retirant au fur et à mesure l'aiguille correspondant au fil que l'on noue. L'utérus est de la sorte solidement réuni à la paroi et surtout aux aponévroses de la ligne blanche.

5° *temps*. — S'il est besoin, on place des points de suture intercalaires, au catgut, allant profondément, mais sans comprendre l'utérus. Une suture superficielle au catgut et en surjet achève de fermer la plaie abdominale.

6° *temps*. — On introduit dans le vagin un paquet de gaze iodoformée destiné à servir de pessaire provisoire et à empêcher l'utérus de tirailler par trop sur les sutures fixatrices.

Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée. De 12 à 15 jours après l'opération, on place un pessaire, complément indispensable de l'opération; de préférence on choisira un Hodge.

CHAPITRE III

Avantages fournis par la méthode du professeur Laroyenne.

Le procédé de Caneva, que nous avons décrit dans le premier chapitre, était un procédé aveugle. On n'ouvrait point la cavité abdominale, il est vrai, mais on courait d'autres dangers plus sérieux. L'opérateur était incapable de se rendre compte si son aiguille n'allait point rencontrer une anse intestinale ou l'épiploon. Le cas de *Roux* (de Lausanne) en est une preuve. Roux (1) venait de placer sur l'utérus deux points de suture sans ouvrir le péritoine. Au troisième point il fut pris de crainte, ouvrit la séreuse et trouva, interposée entre l'utérus et la paroi abdominale, une anse intestinale aplatie qu'il n'avait pu sentir et qu'il avait failli traverser deux fois.

Edmond Blanc (de St-Etienne) et *Assaky* (de Bucarest) trouvèrent de même des anses intestinales adhérentes à la face antérieure de l'utérus. Enfin, chez quatre malades opérées par notre maître, M. Laroyenne, pour prolapsus utérin, il fallut récliner l'épiploon pour permettre à l'utérus de venir se mettre en contact avec la paroi abdominale (observations X ; XV ; XXI et XXIII).

Ce sont là assez de faits pour montrer combien la

(1) *Société de Chirurgie* (séance du 4 décembre 1889).

(2) *Audry* : Note sur trois observations d'hystéropexie ; emploi d'un procédé nouveau (*in Progrès Médical*, 5 juillet 1890).

méthode de *Caneva*, même pratiquée avec l'élégance du professeur Mangiagalli (de Milan) qui l'emploie de préférence à toute autre, peut parfois être dangereuse. Nous sommes donc d'avis, avec la majorité des auteurs, qu'on doit rejeter d'une manière absolue la méthode extra-péritonéale.

Voici du reste les observations d'Assaky et de Roux qui sont les pièces justificatives de ce que nous venons d'énoncer.

OBSERVATION D'ASSAKY.

Ventrofixation de l'utérus sans laparotomie

Je viens d'exécuter l'opération de la ventrofixation sans laparotomie, dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'une vieille femme de 70 ans, atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus, datant de quelques semaines. La chute avait eu lieu à la suite d'un effort, et la tumeur qui dépassait la vulve d'une dizaine de centimètres, renfermait à sa partie inférieure, un utérus en involution sénile, petit et mou, mesurant environ 6 centimètres.

J'ai cherché à suturer l'utérus à la paroi abdominale, sans ouvrir la cavité péritonéale.

Après avoir endormi la malade, réduit l'utérus et vidé la vessie, un aide appliqua l'utérus contre la paroi abdominale, au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, et sur cet utérus qui faisait saillie et servait de point de repère, j'ai fait une incision médiane, comprenant la peau, le panicule adipeux et le fascia superficialis.

Grâce à cette incision, longue de 3 à 4 travers de doigt, nous avons, pour ainsi dire, l'utérus sous la main. La paroi musculaire est relâchée par le chloroforme, et, en s'aidant des doigts introduits dans le vagin, il devient extrêmement facile de présenter à la main, qui palpe dans la plaie, le fond, la face antérieure, les bords du corps de l'utérus.

Après avoir fixé l'utérus entre le pouce et l'index, nous avons traversé, avec une aiguille de Reverdin courbe, la paroi abdominale, ainsi que l'utérus, pour ressortir à quelques centimètres du point d'entrée. Eu égard au petit volume que pré-

sentait l'utérus de cette vieille femme, nous n'avons placé qu'un seul point de suture (fil de soie tressée, n° 4).

Pendant que je me préparais à faire la suture, à la suite d'une inspiration de la malade, une anse intestinale vint s'interposer entre l'utérus et la paroi. Je fis alors placer les genoux de la malade sur les épaules d'un aide, qui la tint ainsi quelques instants, le temps nécessaire à la suture, le bassin surélevé et la tête basse, dans la position déclive, adoptée par Trendelenburg, pour la taille hypogastrique. Dès que la malade fut ainsi pendue par les pieds, la forme du ventre fut légèrement modifiée, et je pus m'assurer à plusieurs reprises, que rien ne venait plus masquer l'utérus.

Je ne sais quel sera le résultat de cette intervention opératoire, et si cette tentative est appelée à devenir le point de départ de recherches sur la ventrofixation sans laparotomie.

OBSERVATION DE ROUX

Ayant à faire l'opération, il y a quelques semaines, je fus tenté de passer directement les fils à travers la peau dans l'utérus, tant le fond de la matrice se laissait facilement saisir et fixer entre les doigts, sous des parois abdominales maigres et flasques : il semblait qu'on eût à peine l'épaisseur ordinaire de la peau seule entre l'épiderme et l'utérus : l'interposition d'anses intestinales paraissait une impossibilité. Au dernier moment, j'eus cependant un scrupule, et, tenant fixé le fundus, j'incisai les parois jusqu'au péritoine non compris ; je palpai de nouveau et ne sentis pas d'anse. Mais au lieu de passer cette fois l'aiguille je pensais à la possibilité de l'engagement d'une anse grêle entre l'utérus et la symphyse, et j'incisais le péritoine. Quel ne fut mon étonnement en voyant directement entre le fundus et la plaie une anse grêle aplatie, mince, immobile que j'avais risqué par deux fois de traverser !

J'ai été corrigé une fois pour toutes ; et pourtant je me croyais capable de palper aussi bien que la moyenne des chirurgiens. Il est très probable que cette anse fuyait sous le doigt et que, pendant la pression sur le fond de l'utérus, elle n'était réellement pas entre deux ; mais l'aiguille l'aurait certainement atteinte.

Si l'ouverture du péritoine doit être toujours pratiquée dans les cas d'hystéropexie, il faut se rappeler

que, quoi qu'on en dise, et malgré les précautions antiseptiques qu'on puisse prendre, l'opération acquiert par cela même, une certaine gravité qu'il ne faut pas se dissimuler. Certainement les résultats sont excellents puisque Dumoret (1) ne signale qu'une mort sur 25 hystéropexiées et Baudouin 2 cas mortels seulement sur 235 opérations. Mais il nous semble que ce n'est pas une raison pour ne pas chercher à restreindre encore les chances d'infection et par suite de mortalité. La cavité abdominale doit être respectée autant que possible; on est en droit d'y faire les manœuvres indispensables, mais on doit s'abstenir quand il n'y a pas nécessité absolue. C'est ainsi que cette cavité ne doit être tenue ouverte que le moins de temps possible et lorsqu'on ne peut pas faire autrement.

C'est là un des grands avantages de la méthode qui nous occupe ici.

Et d'abord, nous insisterons tout particulièrement sur l'emploi de l'*hystéromètre Laroyenne*. Cet instrument plus gros que les hystéromètres ordinaires et à extrémité bien mousse, est introduit dans la cavité utérine. Il permet de réduire de suite l'utérus et quelquefois sa simple application suffit pour déchirer quelques minces adhérences. Mais il est surtout utile quand il existe de fortes adhérences que l'opérateur est obligé d'aller rompre en passant par l'incision abdominale. Dans ces cas l'hystéromètre

(1) Dumoret. — Hystéropexie contre le prolapsus utérin. — Thèse de Paris, 1889.

soulevant le plus possible le fond de l'utérus tend les adhérences et rend leur rupture plus facile. Bien soutenu, l'utérus est de plus un point de repère précieux, pour l'opérateur qui, en suivant bien sa surface, agit avec sécurité sans crainte de s'égarer au milieu des autres organes. La tâche du chirurgien est ainsi facilitée et la libération y gagne en rapidité.

Quand l'utérus n'est retenu par aucune adhérence, son élévation à l'aide de l'hystéromètre, rend inutile sa recherche toujours périlleuse, nous l'avons déjà dit, dans le petit bassin. Ce n'est pas impunément, en effet, que le chirurgien, même le plus habile, introduit sa main au milieu d'organes rendus si sensibles par la séreuse péritonéale. Ici, au contraire, l'opérateur, aussitôt son incision terminée, a sous les yeux la matrice soulevée et maintenue en place. Non seulement il n'a pas besoin d'aller la chercher dans la cavité abdominale, mais encore cet organe vient immédiatement fermer lui-même cette cavité dès qu'elle est ouverte. C'est là un bon moyen d'éviter toutes causes d'infection, indépendantes souvent de la volonté du chirurgien et de son assistance ; de plus on est sûr de la sorte qu'il ne s'écoulera dans la cavité abdominale ni sang ni autre liquide suspect.

On sera bien obligé d'ouvrir un instant cette cavité pour se rendre compte de l'état des annexes ; mais ce temps de l'opération a une durée insignifiante.

Nous voyons donc que l'emploi de cet hystéromètre est très utile. Il remplace avantageusement les manœuvres similaires qui consistent à relever la

matrice à l'aide de la main introduite dans le vagin ; ou à l'aide de fils provisoires traversant le fond utérin (méthode de *Terrier*). Il permet d'inciser sans crainte le péritoine, ce qu'il faut toujours faire pour les raisons déjà signalées.

L'emploi d'aiguilles-broches placées aussitôt que possible, comme nous l'avons décrit, est une innovation heureuse qui assure dès les premiers instants le résultat de l'opération.

Elles ont le grand avantage de permettre le contact solide et permanent de toute l'étendue des deux surfaces qui doivent adhérer. Il est évident que si on veut en profiter, il ne faut les retirer les unes après les autres, qu'au moment où on est prêt à nouer le fil de chacune d'elles. On devra, en les introduisant, veiller à ce que la portion du péritoine comprise entre sa section et le point d'entrée des aiguilles, soit telle des deux côtés, que l'adossement sur la ligne médiane soit largement assuré. Avec M. Audry ¹, nous pensons que parmi les quelques échecs graves qu'on a essayés, plusieurs étaient dus réellement à l'insuffisance de cet adossement du péritoine qui n'avait pu se réunir faute de contact. Le maintien de l'utérus par les aiguilles-broches écarte tout souci du côté de l'issue de l'intestin, aussitôt qu'elles sont placées. Elles continuent le rôle de l'hystéromètre tout en faisant avancer l'opération.

Dès qu'une de ces aiguilles-broches est placée l'utérus est solidement fixé. On peut alors placer les

(1) *Audry*, Article cité. — in *Progrès médical*, 5 juillet 1890.

autres avec plus de soin et dans de meilleures conditions.

M. Laroyenne emploie de préférence pour fixer l'utérus des *crins de Florence*. Plusieurs raisons ont motivé ce choix qui a son importance. Cette substance est résorbée beaucoup moins vite que le catgut ou la soie. Dans une autopsie faite sur une femme hystéropexiée, morte 6 jours après l'opération, Polaillon constata que les fils de catgut étaient entièrement résorbés. L'utérus n'était plus en contact avec la paroi abdominale que par quelques tractus fibreux tout à fait insuffisants.

Le crin de Florence, au contraire, met longtemps à disparaître et par suite les adhérences ont grandement le temps de se faire, mais elles ne sauraient jamais être trop complètes. Dans une de nos observations (observation VI) on pourra remarquer comme nous, qu'au bout de 24 heures les adhérences ont été suffisantes pour assurer la fixation définitive de l'utérus bien que des raisons particulières aient obligé d'enlever les fils fixateurs dès le lendemain de l'opération. Mais il ne faut pas compter sur ces cas exceptionnels et il faut employer une substance qui résiste le plus possible.

Les fils d'argent préconisés par Polaillon à la suite de son cas malheureux, nécessitent l'ablation de ces fils et par conséquent on ne peut faire avec eux des sutures perdues. On a bien dit dans ces derniers temps qu'on pouvait faire des sutures perdues avec des fils d'argent ; mais il ne nous paraît pas sans inconvénient de laisser au voisinage d'un organe doué d'une certaine mobilité un corps étranger, même enkysté,

Nous appelons l'attention sur l'importance qu'il y a à faire des sutures perdues ; c'est le seul moyen d'avoir une cicatrice petite, solide et régulière (Procédés de Czerny, Terrier, Pozzi.)

Nous avons vu que, dans les procédés de Léopold et de Terrier, avant de serrer les fils, on prenait la précaution de gratter la face antérieure de l'utérus sur une surface de quatre centimètres carrés environ. La surface saignante ainsi déterminée aurait l'avantage de faciliter et de hâter la formation des adhérences. Les divers auteurs ont depuis repoussé cette manière de voir et supprimé ce temps opératoire. M. le professeur Laroyenne prétend, avec eux, que c'est là une mesure inutile. Il est démontré maintenant que les adhérences séro-séreuses, comme c'est le cas ici, se forment facilement sans que les surfaces aient besoin d'être avivées. C'est même pour lui une bonne chance de succès dans l'opération que d'avoir le moins de sang possible. Aussi, avant la suture définitive de chacun des fils, recommande-t-il à l'aide chargé des tampons de bien éponger et sécher les surfaces que l'on va mettre en contact.

Enfin, il nous reste à indiquer l'avantage du pessaire placé après l'opération. M. Laroyenne pense que cette application d'un pessaire est le complément indispensable de la ventro-fixation. Elle constitue une partie essentielle du traitement.

Le pessaire est placé de douze à quinze jours après l'opération, généralement au moment où la malade quitte le service. Son rôle est de maintenir l'utérus en place et de l'empêcher de tirailler sur

les adhérences nouvellement formées. M. Terrier repousse l'usage du pessaire, et M. Baudouin (1) prétend que « cette pratique, qui consiste à laisser un pessaire dans le vagin après l'opération, a un inconvénient : l'antisepsie n'est plus aussi parfaite. » Ces réflexions semblent indiquer une connaissance bien imparfaite de l'usage du pessaire. Beaucoup de femmes portent des anneaux. Si elles ont la précaution, comme on leur recommande avec soin à la Clinique gynécologique de Lyon, de se faire une ou deux injections par jour, on peut considérer comme satisfaisante l'antisepsie du vagin, surtout quand cette cavité n'a subi aucun traumatisme direct. On choisira un pessaire Hodge qui semble le mieux indiqué dans ces cas et qui, s'il ne sert à rien au bout de quelque temps, a au moins l'avantage de ne point gêner.

Si nous résumons les avantages énumérés dans ce chapitre, nous voyons que le procédé de M. Laroyenne permet d'inciser sans crainte le péritoine, puisque la cavité abdominale est fermée aussitôt qu'ouverte; que l'emploi de l'hystéromètre spécial, en soulevant l'utérus, le réduit et en facilite la libération; que les grandes aiguilles-broches assurent à la matrice une immobilité complète et durable. Le choix des crins de Florence est une sécurité de plus pour la bonne réussite de l'opération, en assurant, par leur lente résorption, la formation certaine de fortes et solides adhérences. Enfin, le port ultérieur du pessaire complète avantageusement l'intervention.

(1) *Baudouin*, Thèse citée, page 93.

CHAPITRE IV

Quelques réflexions sur les indications et les contre-indications de l'hystéropexie.

PROLAPSUS

Il faut considérer plusieurs cas dans ce que l'on est habitué à désigner sous le nom de *prolapsus*.

1° — Tout d'abord on peut constater une simple hypertrophie du col utérin, soit de ses deux portions à la fois (sus et sous-vaginale) soit d'une seule. Ce n'est que consécutivement que les parois vaginales sont entraînées et que l'utérus en entier s'abaisse. Le traitement de choix est ici l'amputation du col.

2° — D'autres fois, l'infirmité débute par une *cystocèle* ou une *rectocèle*. Celles-ci entraînent secondairement le col utérin qui souvent s'allonge et s'hypertrophie en même temps que la matrice en entier finit par céder et descendre plus ou moins. C'est là le véritable *prolapsus génital*. C'est aussi le cas le plus fréquent. La réduction de la matrice ne suffit pas à remettre les parois vaginales en place. Certainement il importe de maintenir l'utérus aussi élevé que possible et de l'y maintenir d'une façon permanente ; mais ce n'est là qu'une partie du traitement. L'hystéropexie seule ne remplirait qu'en faible

proportion le but cherché. Si on la fait dans ces conditions, il ne faudra pas oublier qu'on doit la compléter par les opérations faites d'ordinaire sur les voies génitales : *colporrhaphie antérieure* ou *postérieure*, et surtout *restauration du périnée*, etc.

3° — Enfin on peut avoir un prolapsus proprement dit de l'utérus. Celui-ci descend en masse, sans allongement ni hypertrophie d'aucune de ses parties et vient sortir à la vulve. C'est ordinairement à la suite d'efforts violents qu'on l'observe. Ces cas sont justifiables d'une simple élévation de l'utérus et fournissent la véritable indication de l'hystéropexie pour prolapsus. Fixé à la paroi abdominale, l'utérus ne pourra plus retomber dans le vagin ; on lui aura reconstitué des ligaments artificiels qui remplaceront les ligaments normaux devenus trop lâches.

Les hystéropexies doivent être pratiquées surtout chez des femmes jeunes qui seraient obligées de porter des pessaires souvent incommodes pendant de longues années. Chez les malades âgées de plus de 60 ans, il vaut mieux s'abstenir.

Influence de l'opération sur la vessie :

Les auteurs se sont tout de suite demandé ce qu'allait devenir la vessie à la suite de l'hystéropexie. En effet, l'utérus étant fixé à la paroi abdominale, le réservoir vésical paraissait devoir être gêné dans sa distension ; l'urine semblait ne pas pouvoir s'y accumuler en aussi grande quantité que normalement. La fréquence des mictions devait s'ensuivre. Les faits ont prouvé qu'il n'en était rien et que la vessie

s'accommodait très bien de la nouvelle position donnée à l'utérus. Ceci doit d'ailleurs n'étonner personne, si on pense que dans tous les cas pathologiques ou physiologiques qui se rapprochent du nôtre, la vessie se comporte de la même manière. Pendant la grossesse, gênée qu'elle est encore là par l'utérus, ne se distend-elle pas à côté? C'est la même chose qui se passe dans les cas de tumeurs volumineuses de la face antérieure de l'utérus, dans les fibromes par exemple.

D'ailleurs, sur plusieurs centaines d'hystéropexies qui ont été pratiquées jusqu'ici. M. Baudouin (1) n'a relevé que quatre cas où l'on ait pu signaler des troubles vésicaux à la suite de l'opération.

Bien plus, M. Lucas-Championnière a insisté sur ce fait que l'intervention pouvait déterminer une amélioration des troubles vésicaux existant antérieurement.

Mais il est une circonstance dans laquelle le chirurgien peut se trouver un peu embarrassé, au courant de l'opération, s'il n'a pas l'attention attirée de ce côté. Nous voulons parler des cas où la vessie ne conserve plus ses rapports normaux avec la face antérieure de l'utérus en prolapsus. M. Laroyenne (2) a insisté sur cette modification des rapports de la vessie et a montré la possibilité qu'il y avait, de blesser la vessie dans l'hystéropexie. Il s'appuie notamment sur

(1) Marcel Baudouin : ouvrage cité, page .

(2) M. Condamin : Modifications des rapports de la vessie dans certains prolapsus. Possibilité de blesser la vessie dans l'hystéropexie. — (*In Lyon Médical* de juin 1893 — et *in Gaz. hebdom. de Méd. et Chir.* 11 novembre 1893).

un cas qu'il a vu dans son service, à l'Hôpital de la Charité (V. observation VI.)

Au cours d'une hystéropexie pratiquée chez une femme de 45 ans atteinte de prolapsus utérin sans cystocèle, M. Laroyenne, constata, aussitôt l'ouverture du péritoine, un léger plissement situé à la face antérieure de l'utérus. Il pensa tout d'abord à la vessie. Un aide fit alors le cathétérisme, mais la sonde ne parut point remonter jusqu'au plissement en question.

Suivant sa méthode, M. Laroyenne fixa l'utérus à la paroi abdominale par trois aiguilles-broches n'interessant que le tiers supérieur du corps utérin. Des fils de soie passés dans les aiguilles furent serrés, et on termina de fermer la plaie. Le lendemain de l'opération le cathétérisme de la vessie donna issue à des urines sanguinolentes. La présence du sang ne pouvait s'expliquer que par la perforation de la vessie par les aiguilles-broches, bien que, je le répète, elles n'aient été placées que sur le tiers supérieur du corps utérin. Le plissement qu'on avait eu sous les yeux n'était donc qu'un cul-de-sac de la vessie. Au moment de l'opération, la sonde qu'on avait introduite dans la vessie n'était pas arrivée jusqu'à ce point soit parce que l'aide qui en était chargé ait été gêné par la tablette du lit de Trendelenburg, soit parce que le bec de la sonde ait été arrêté par un pli de la muqueuse vésicale. En tout cas, on ne pouvait plus douter de la perforation de la vessie, on fit sauter les fils fixateurs qui devaient également traverser la vessie. Pendant 3 ou 4 jours, la malade eut encore des urines sanguinolentes, puis tout rentra dans l'ordre.

Voici le fait. Quant à l'explication dont est susceptible cette disposition anormale, nous ne saurions mieux faire que de reproduire les propres termes de M. Condamin.

« Il nous semble qu'on peut expliquer cette disposition pathologique par un glissement en bas de l'utérus, pendant que la vessie restait plus ou moins retenue à sa place, glissement qui aurait eu pour résultat d'abord le prolapsus et, ensuite l'effacement ou du moins le plissement relatif du cul-de-sac vésico-utérin. Celui-ci alors, au lieu de s'insinuer entre la vessie et la partie la plus supérieure du col, ne serait arrivé par suite de ce glissement progressif qu'au niveau du tiers supérieur du corps de l'utérus.

Sans doute on sait que le péritoine viscéral est entièrement adhérent avec le tissu utérin surtout au niveau de son corps ; mais il n'est pas illogique d'admettre que des tractions continues et prolongées aient pu amener ce résultat. »

RÉTROFLEXIONS. — RÉTROVERSIONS.

Nous voyons continuellement dans les services de gynécologie un grand nombre de malades atteintes de rétroflexions, soulagées et guéries par la simple application d'un pessaire convenablement choisi, aussi bien pour la forme que pour la dimension. Un point important également dans la guérison de cette maladie, est la réduction préalable de l'utérus. Souvent le pessaire ne produit pas d'effet favorable parce que cette réduction n'a pas été faite avec assez de soin. Le moyen le plus simple est de la pratiquer avec un hys-

tèromètre ordinaire tout en prenant les soins antiseptiques les plus minutieux comme nous le voyons journellement dans le service de M. Laroyenne.

Cependant, il est des cas où, placés avec les plus grandes précautions, les pessaires ne donnent aucun résultat et même deviennent douloureux et intolérables par suite d'un ovaire prolabé ou de brides douloureuses du cul-de-sac de Douglas. C'est dans ces cas qu'on est en droit de penser à l'hystéropexie et de la mettre en parallèle avec les autres moyens que nous avons de combattre cette infirmité : *raccourcissement des ligaments ronds (opération d'Alquié)*. — *Colpo-hystéropexie* ; *Hystéropexie postérieure (Freund)* ; *Hystéroctomie, etc.*

On doit songer à l'hystéropexie surtout quand les massages, qui tendent aujourd'hui à prendre une grande place dans les mœurs gynécologiques, n'ont donné aucun résultat.

Dans le service de gynécologie de Lyon, on préfère recourir à l'hystéropexie à l'exclusion des autres opérations que nous venons de citer. Le procédé que nous décrivons dans ce mémoire, diminuant encore les dangers inhérents à ces grandes opérations, sera une raison de plus pour lui donner la préférence.

Nous croyons toutefois qu'il ne faut pas trop se hâter et opérer d'emblée une rétroflexion douloureuse, mobile et incoercible au moyen du pessaire. Il faut être sûr que les autres moyens ne donnent aucune amélioration pour se décider, à moins que la malade ne réclame l'opération avec insistance.

C'est surtout dans les cas de rétroflexions adhé-

rentes et irréductibles que l'hystéropexie a son indication, principalement lorsque des phénomènes douloureux intenses se joignent à l'irréductibilité. Souvent, en effet, cette rétroflexion est le premier stade d'un prolapsus qu'on préviendra en fixant de suite l'utérus à la paroi abdominale après en avoir détruit les adhérences.

On pourrait se demander si l'hystéropexie est indiquée dans le cas de rétroversion d'un utérus gravide ; s'il est permis de passer des fils au travers du muscle utérin dans de telles conditions, et de le fixer à la paroi abdominale. Nous répondrons par la négative. M. Marcel Baudouin (1) semble s'étonner que les chirurgiens aient autant de réserve et qu'ils obéissent encore si bien aux deux axiomes classiques qui suivent :

« 1° On ne doit faire d'opération sur les femmes enceintes que dans les cas d'urgence absolue en raison de la facilité d'infection dans l'état puerpéral ;

2° Il est toujours dangereux de toucher à un utérus gravide sous peine : *a* — d'avoir à combattre une hémorrhagie considérable ; *b* — de déterminer presque fatalement un avortement. »

Nous pensons cependant qu'il est prudent encore aujourd'hui de se conformer à ces deux règles. Nous avons d'ailleurs une méthode très simple et sans danger aucun de réduire ces rétroversions. Nous voulons parler de la méthode de M. Laroyenne (2).

Une main, introduite dans le vagin va, avec

(1) *Marcel Baudouin*. — Thèse citée.

(2) *M. Laroyenne*. — Leçon clinique faite à La Charité le 16 juin 1893. — *M. Levrat* : D'un mode de réduction de l'utérus gravide en rétroversion complétée par l'application d'un pessaire approprié (in *Mercredi Médical*, n° 30, 26 juillet 1893).

deux doigts, directement sur le promontoire, sans chercher à déplacer l'utérus qu'elle est souvent obligé de contourner. Ce n'est que lorsque la main est arrivée à l'angle sacro-vertébral qu'on se porte sur l'utérus et on se contente alors de pousser le fond de la matrice de l'un ou de l'autre côté du promontoire. Comme on le voit, ce premier temps consiste uniquement à *décrocher* le fond de l'utérus.

Dans le deuxième temps, très important, on se propose de placer un anneau qui remplisse une condition essentielle : « Son arc postérieur ne doit presser en aucun point sur l'utérus ; il doit se trouver situé tout entier dans la gouttière qu'a creusée la main de l'opérateur entre le sacrum et le corps utérin. » Aussi, le meilleur anneau serait celui qui aurait l'arc postérieur très large et une grande courbure. Comme il n'est pas destiné à rester en place, il est sans inconvénient et très commode d'employer un anneau malléable en fil de fer recouvert de caoutchouc. La réduction est complète au bout de 24 heures. La malade voit la rétention d'urine disparaître. Les bruits fœtaux qui sont nuls tant que la rétroversion persiste sont de nouveau perçus dès que l'utérus est en bonne position.

INDICATION SPÉCIALE.

Nous devons tout particulièrement insister sur un cas peu connu encore et que notre maître, M. le Professeur Laroyenne nous a plusieurs fois signalé. Chez certaines malades, on constate un prolapsus assez léger et cependant très douloureux.

Le point douloureux se trouve parfois du côté des annexes et l'examen le plus minutieux ne révèle presque pas de lésion de ces organes. Les moyens employés d'habitude contre les inflammations ne donnent aucune amélioration pas plus que les pessaires et autres procédés thérapeutiques. Ces phénomènes s'expliquent par ce fait que l'utérus dont les ligaments se sont un peu relâchés, vient, dans certains mouvements du corps, notamment dans la marche, presser sur les annexes et les appliquer sur le bassin. Les pessaires destinés à arrêter l'utérus sont insuffisants pour empêcher cette pression sur les ovaires.

D'autres fois, la douleur est occasionnée par la simple pression du col utérin sur les parois vaginales. Peut-être y a-t-il une sorte de flexion du col qui entraînerait les vives souffrances de la malade; ou même une simple sensibilité anormale que la pression réveillerait.

En tous cas, dans ces circonstances, le moyen le plus sûr de soulager la patiente est de soulever l'utérus et en le fixant à la paroi abdominale, empêcher toute pression du corps sur les annexes ou du col sur le vagin. L'hystéropexie fait cesser immédiatement les douleurs et remédie une fois pour toutes au prolapsus qui ne saurait se reproduire.

PRÉTENDUE CONTRE-INDICATION A L'HYSTÉROPEXIE

La question des grossesses ultérieures à l'hystéropexie a été soulevée dès le début de cette opération.

Plusieurs auteurs ont pensé que la ventro-fixation devait empêcher la grossesse, gêner le développement normal de l'utérus ou nuire à l'accouchement. De cette idée préconçue, ils avaient tiré une contre-indication absolue.

Heureusement les faits sont maintenant assez nombreux pour faire disparaître définitivement cette erreur.

Sænger rapporte douze observations de grossesses normales sur treize grossesses chez des hystéropexiées. Récemment, quatorze observations de grossesses après hystéropexie, réunies par M. Labusquière (1), montrent que cette opération n'empêche nullement la conception. De ces quatorze grossesses, deux ont été suivies de fausses couches, dix sont arrivées à terme normalement. Les deux autres étaient encore en observation au moment de la publication. Enfin on trouvera dans nos observations deux cas de grossesses ultérieures à l'hystéropexie faite de par le procédé qui fait l'objet de ce mémoire (Voir observations XI et XII); un cas a été suivi de fausse couche à deux mois et demi: l'autre malade a accouché normalement.

Donc, dès aujourd'hui, on peut dire que l'hystéropexie n'est pas un obstacle à l'évolution normale de la grossesse et de l'accouchement et que les adhérences utéro-abdominales persistent après les efforts de l'enfantement.

(1) Labusquière : De la grossesse après l'hystéropexie (In Ann. de gyn. — Juillet 1891).

CHAPITRE V

Pièces justificatives

Observations

OBSERVATION I.

Prolapsus général complet. — Résection du col atteint d'allongement hypertrophique. Périnéorrhaphie. — Hystéropexie, par M. CONDAMIN.

C. B., âgée de 27 ans, entre à la Charité, s'alle Sainte-Thérèse, n° 10, en août 1893. Bonne santé antérieure, bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

Il y a 7 ans, elle eut un premier enfant, l'accouchement fut très pénible et dura 28 heures. Il y a 4 ans, deuxième enfant, accouchement très laborieux. Nouvelle couche en 1891, encore plus laborieuse que les précédentes et qui se termina par une application de forceps. Enfant mort.

A la suite de cet accouchement, elle ressentit : une grande pesanteur dans le bas ventre, qui s'accroissait quand elle marchait ou portait un fardeau un peu lourd. Un médecin qu'elle consulta à cette époque reconnut un prolapsus utérin, appliqua un pessaire. Actuellement on constate chez cette malade une déchirure large du périnée, le sphincter néanmoins n'est pas intéressé, cystocèle et rectocèle légère. Le col de l'utérus arrive jusqu'à la vulve, surtout quand la malade est debout. La lèvre antérieure du col est très hypertrophiée et allongée : quand cette femme tousse ou fait un effort, on observe un abaissement jusqu'à la vulve de son système utérin. En même temps elle ressent une douleur assez vive dans les reins.

En raison de la déchirure du périnée et de la rectocèle et cystocèle ; il ne semble pas que l'on puisse maintenir par un simple pessaire ce prolapsus génital.

D'autre part en raison de l'âge de la malade, M. Condamin se croit autorisé à proposer une intervention opératoire qui est acceptée.

OPERATION. — La première intervention consiste dans l'amputation de la lèvre antérieure hypertrophiée du col : Section au bistouri, suture des bords de la plaie au catgut.

La deuxième intervention consiste dans la restauration du périnée. Procédé de dédoublement de la cloison recto-vaginale et adossement des deux parois latérales. La malade alors est transportée sur le lit de Trendelenburg et on pratique l'hystéropexie par le procédé du professeur Laroyenne. Cette troisième intervention, suture cutanée comprise, n'a pas duré 10 minutes.

Les suites opératoires furent des plus simples. Malgré ces trois interventions en une seule séance, la malade n'a jamais présenté de température supérieure à 38°,2. Au huitième jour, on enlève les fils de la périnéorrhaphie. L'utérus est parfaitement maintenu élevé en contact avec la paroi abdominale. La rectocèle et la cystocèle ont disparu.

Au quinzième jour la malade rentre chez elle. Pour plus de sûreté on lui fait porter pendant quelque temps un pessaire de Hodge.

OBSERVATION II.

Prolapsus utérin, Hystéropexie par MM. Laroyenne et Condamin.

P. L., âgée de 61 ans, Genay (Ain). Entre le 18 juillet 1893 à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 7.

Bonne santé habituelle. A eu 3 enfants, le dernier il y a 32 ans. Accouchements normaux, sans forceps. L'utérus fait saillie à la vulve depuis 19 ans, mais le prolapsus est surtout marqué depuis 10 ans. Il se réduit assez facilement, mais se reproduit immédiatement dans la station debout. La malade a porté, il y a 3 ou 5 ans, pendant quelque temps, un pessaire placé par une sage-femme. Mais il tombait facilement et ne maintenait pas complètement le prolapsus. La cavité utérine mesure à l'hystéromètre 12 centimètres.

OPÉRATION. — Le 22 juillet. Hystéropexie par le procédé du professeur Laroyenne. L'utérus est fixé d'abord par les broches aiguilles et ensuite par des crins de Florence qui fixent l'utérus aux aponévroses de la ligne blanche et au péritoine correspondant.

28 juillet. — La malade va aussi bien que possible. Elle n'a jamais présenté de température et commence à se lever.

9 août. — On lui place un pessaire Hodge pour plus de sûreté et la malade rentre chez elle n'éprouvant aucune souffrance.

L'utérus est maintenu assez haut contre la paroi abdominale. On ne constate pas d'impulsions quand la malade tousse on fait un effort.

OBSERVATION III.

Prolapsus utérino Hystéropexie par MM. Laroyenne et Condamin

P. F., âgée de 38 ans, domestique née à Chandon (Loire), entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 44, le 3 juillet 1893.

Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans et toujours régulièrement depuis cette époque, mais abondamment et pendant huit jours.

Deux accouchements l'un en 1875, l'autre en 1886, normaux tous deux. Pas de fausses couches. Depuis le mois de janvier dernier, elle s'aperçoit que sa matrice sort à la vulve. Le prolapsus a augmenté depuis cette date et actuellement il fait hors la vulve une saillie de 8 centimètres.

Le 12 juillet 1893. — Hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne.

Fixation de l'utérus à la couche musculo-aponévrotique de l'utérus par trois fils de catgut.

18 juillet. — La malade présente un peu de température. On en trouve rapidement la raison dans un petit abcès développé autour d'un des fils profonds. On fait sauter les fils superficiels. Il s'écoule un peu de pus.

7 août. — La réunion par deuxième intention est à peu près complète. Le résultat n'a pas été compromis par cette suppuration.

L'utérus reste bien fixé à la paroi abdominale et la malade rentre chez elle, n'éprouvant aucune douleur. On lui place pour quelque temps un pessaire destiné à corroborer les effets de l'hystéropexie.

OBSERVATION IV.

Rétroversion adhérente. — Hystéropexie, par MM. Laroyenne et Condamin.

Pierrette Blon, 34 ans, entrée salle Sainte-Thérèse, le 7 juin 1893. Menstruée à 13 ans. Les règles sont régulières, très abondantes. Mariée à 20 ans, a eu deux enfants, l'un mort à 5 mois, l'autre bien portant âgé de 9 ans. Une fausse couche de 1 mois et demi, il y a 8 mois. La malade se portait très bien jusqu'à cette fausse couche ; à la suite elle a gardé le lit pendant

deux mois. Elle a été très malade pendant 15 jours. Vomissements, douleur et gonflement du ventre, puis peu à peu elle s'est rétablie mais elle a toujours souffert dans les reins et dans le bas ventre surtout à gauche. Les règles ont été suspendues pendant deux mois. A leur retour, elles n'ont pas été beaucoup plus abondantes, pas de douleurs.

La malade a fait déjà dans le service un séjour du 5 novembre dernier au 6 décembre dernier, pour pelvipéritonite. Elle a été traitée par le repos et des topiques ; elle est sortie très améliorée. Mais ce mieux n'a pas persisté longtemps, et actuellement la malade a de vives douleurs lombaires. La marche n'est pas très pénible. Les rapports sexuels ne sont pas spécialement douloureux. Elle présente un bon état général, un peu de constipation. Au toucher on trouve l'utérus en rétro-flexion un peu incliné à droite, le col légèrement dirigé en avant. Du côté des annexes, rien à droite. A gauche un peu d'empâtement et de douleur à la pression, pas de collection.

OPÉRATION le 7 juin. — Anesthésie à l'éther, dilatation de l'utérus avec les bougies d'Hegar. Incision de la paroi. Déchirure d'adhérences légères entourant l'ovaire et la trompe surtout à gauche. L'utérus est porté au niveau de la plaie abdominale par le gros hystéromètre. Il est fixé à la paroi par deux fils de catgut traversant le péritoine et l'aponévrose. Suture en surjet à trois plans.

Suites simples. Température se tenant entre 37°,2 et 38°,4 pendant les 8 jours qui suivent.

17 juin. — On enlève les fils. La plaie est cicatrisée. La malade s'est levée pendant une heure, elle ne souffre pas.

23 juin. — La plaie abdominale est complètement guérie. La paroi est souple.

La malade se trouve bien et ne souffre pas du tout pendant la marche.

26 juin. — On sent dans les culs-de-sac latéraux, les annexes soulevés non douloureux à la pression.

La malade sort allant aussi bien que possible.

16 novembre. — Actuellement le prolapsus est bien réduit ; on met cependant un pessaire à la malade pour soutenir un peu son utérus. Les annexes sont toujours un peu gros et la malade se plaint de maux de reins. En somme, elle accuse néanmoins un réel soulagement depuis l'opération.

OBSERVATION V.

Prolapsus utérin. — Cystocèle. — Absence de périnée. — Hystéropexie. — Colporrhaphie antérieure. — Restauration du périnée, par MM. Laroyenne et Condamin.

Buis, 38 ans, cultivatrice, entrée salle Sainte-Thérèse, le 13 juillet 1893.

Bonne santé habituelle. Toujours réglée normalement. Il y a 2 ans, accouchement au forceps. Six mois après, elle s'aperçut que son utérus venait faire un peu saillie à la vulve. Ce phénomène ne se produisait d'abord qu'après les excès de fatigue ou de travail, puis il est devenu habituel.

Actuellement la malade présente un prolapsus utérin complet avec ulcérations saignantes du col. La cavité utérine mesure 11 centimètres.

La vessie accompagne l'utérus dans sa chute. Le périnée est réduit à la seule cloison recto-vaginale.

La malade n'a jamais porté de pessaire. Vu son jeune âge, on lui propose immédiatement l'hystéropexie.

21 juillet. — Dans la même séance, M. le professeur Laroyenne, pratique l'hystéropexie, la réfection du périnée et la résection d'un lambeau de la paroi antérieure du vagin pour réduire le prolapsus vésical.

C'est par cette dernière opération que l'on commence. On excise un large lambeau elliptique de la muqueuse vaginale antérieure puis on rapproche et suture au catgut les deux lèvres de la plaie.

La réfection du périnée se pratique par le procédé de L. Tait. Décollement de la muqueuse vaginale puis suture avec quatre points de catgut.

L'hystéropexie est faite par le procédé habituel. Trois fils de gros catgut sont passés dans l'aponévrose, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus. Suture de la peau par un surjet au catgut.

Pendant les huit jours qui ont suivi l'opération, la température s'est maintenue entre 38° et 38°,5 puis est redevenue normale.

Les fils périnéaux ont été enlevés le cinquième jour ; les autres, le douzième.

9 août. — La malade sort enchantée du résultat de son opération. L'utérus est parfaitement maintenu élevé contre la paroi abdominale.

OBSERVATION VI

*Prolapsus utérin sans cystocèle. — Hystéropexie. —
Blessure de la vessie*

B. C. ., âgée de 45 ans, née à Hyenne (Savoie), entre à la Charité dans le service du professeur Laroyenne le 12 avril 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 9.

Bonne santé habituelle. Rien dans les antécédents. Réglée régulièrement.

Accouchement normal il y a 16 ans. Jamais de métrorrhagies ni de pertes blanches. Il y a environ 3 mois, en faisant un effort, elle ressentit brusquement une douleur assez vive dans le bas-ventre ; la marche devint à partir de ce moment très pénible. Portait-elle quelque chose d'un peu lourd, ou faisait-elle un effort, immédiatement elle avait la sensation d'une masse qui descendait à la vulve. A ce moment apparurent des pertes blanches abondantes et des douleurs assez vives au moment des règles.

A l'examen, à son entrée à la Charité, on constate une déchirure presque complète du périnée. Le sphincter anal cependant est indemne. Très léger degré de rectocèle ; pas de cystocèle. Le col se présente à la vulve. Il n'est pas le siège d'allongement hypertrophique. La miction s'effectue normalement.

On propose à la malade une restauration de son périnée et une fixation de son utérus prolabé à la paroi abdominale.

29 avril. — Périnéorrhaphie. Procédé de dédoublement de la cloison recto-vaginale. Le tissu fibreux domine dans cette région et ce n'est qu'à grand peine qu'on arrive à reconstituer un périnée musculaire avec des sutures au crin de Florence. Pour ne plus revenir sur cette périnéorrhaphie, nous dirons que plusieurs fils n'ont pas tenu et qu'à ce point de vue, il n'y a pas eu, à la suite de cette intervention une amélioration bien nette du côté du périnée.

Après la périnéorrhaphie et dans la même séance, on procède à la dilatation du col utérin pour pouvoir introduire un gros hystéromètre et procéder à l'hystéropexie suivant le procédé de Laroyenne. La malade est placée sur le lit de Trendelenburg.

Un aide maintient l'utérus réduit et appliqué au-dessus du pubis contre la paroi abdominale antérieure qu'il fait bomber légèrement. On pratique à ce niveau une laparotomie. Les dimensions de l'incision ne dépassent pas 6 à 8 centimètres.

Lorsque le péritoine pariétal est ouvert, on constate, à la partie antérieure du corps utérin qui oblitère l'orifice de la laparotomie, maintenu qu'il est par un aide qui le soutient avec le gros hystéromètre de M. Laroyenne, un léger plissement qui fait songer un instant à la vessie. Un aide introduit alors une sonde dans la vessie, mais, soit qu'il soit gêné par le plan horizontal du lit de Trendelenburg, soit que la sonde ait rencontré un pli de la muqueuse, il ne parût pas qu'elle pût remonter jusqu'au point plicaturé.

Suivant sa méthode d'hystéropexie, M. Laroyenne fixe d'abord l'utérus dans la position où le maintenait l'aide, avec trois aiguilles-broches qui traversent successivement la couche musculo-aponévrotique et péritonéale d'un côté, la surface antérieure de l'utérus et la couche péritonéale et aponévrotique du côté opposé. Des fils de soie sont passés dans les aiguilles, sont serrés et fixent solidement l'utérus à la paroi abdominale. On pratique un dernier plan de suture réunissant les bords de la peau.

Les fils hystéro-fixateurs n'intéressaient que le tiers supérieur du corps utérin.

30 avril. — On sonde la malade et l'on retire de la vessie une certaine quantité d'urine sanguinolente. On se rappelle la disposition plicaturée observée au cours de l'opération et l'on se rend compte que la vessie a certainement été perforée par les aiguilles-broches bien que celles-ci n'aient intéressé que le tiers supérieur du corps utérin. On fait sauter les fils fixateurs. Les hématuries persistent 4 ou 5 jours encore, puis tout rentre dans l'ordre. La plaie superficielle est légèrement infectée, probablement à la suite de l'ablation des fils profonds.

Au bout de trois semaines, la malade demande à rentrer chez elle, et, contrairement à l'attente générale, on constate que l'utérus est resté assez haut, maintenu contre la paroi abdominale par des adhérences qui s'étaient formées en vingt-quatre heures, puisque les fils hystéro-fixateurs avaient été enlevés le lendemain de l'opération.

Pour aider ce résultat, on place à la malade un pessaire, et depuis on ne l'a pas revue à la clinique.

OBSERVATION VII

*Rétroversion. — Prolapsus. — Cystocèle rectocèle. —
Hystéropexie.*

Jeanne Mil., 37 ans, entrée salle Sainte-Marie, le 18 août 1890.

Bonne santé habituelle. Menstruée régulièrement, abondamment. Trois accouchements à terme, le premier remontant à 12 ans. Une fausse couche de quatre mois il y a 8 ans. Depuis son premier accouchement elle se plaint d'une douleur dans la région iliaque gauche avec exacerbation au moment des règles. Depuis sa fausse couche elle souffre encore davantage et même depuis 2 ou 3 ans elle a dû cesser tout travail régulier.

Actuellement les douleurs dans la région iliaque gauche sont continuelles ; elle a de plus une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Constipation habituelle. Pas de gêne dans la miction. Au toucher on trouve l'utérus en rétroversion, très abaissé, proéminent à la vulve dans la station debout. Il y a également cystocèle et rectocèle, et le périnée est peu résistant.

Tous les pessaires qui ont été essayés n'ont pu être tolérés.

OPÉRATION par M. le docteur Goullioud, le 19 août.

Incision péritonéale de sept centimètres environ, commençant à un centimètre au-dessous du pubis. De chaque côté on glisse une éponge pour écarter les anses intestinales.

On place trois grandes aiguilles que l'on retire successivement en ayant soin de lier le premier fil avant de retirer la deuxième aiguille et ainsi de suite. Ces trois fils de catgut chromique comprennent ainsi la couche musculo-aponévrotique, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus. On ferme le reste de la plaie par quelques points séparés au catgut sur la couche musculo-aponévrotique ; soit entre les points de suture fixant l'utérus soit au-dessus et au-dessous pour éviter tout danger de pointes de hernie.

Pour la peau on fait trois points de suture profonds et superficiels. On place ensuite dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

28 août. — On enlève les tampons vaginaux et on place une boucle de Hodge.

La température rectale a oscillé entre 37°,5 et 38°,5 pendant les deux premiers jours, puis est devenue normale.

12 septembre. — La malade sort. Son utérus est parfaitement fixé contre la paroi abdominale. Il paraît très allongé. On lui donnerait au moins une longueur de dix centimètres.

La boucle de Hodge tient bien. Ni cystocèle, ni rectocèle.

25 novembre 1890. — La malade va très bien. Son utérus est en bonne position. Le col est à sept centimètres au-dessus de la vulve. Il n'y a pas d'éventration. Quelques douleurs au moment des règles. Celles-ci sont moins abondantes qu'autrefois. Pendant les efforts il y a tendance à cystocèle et rectocèle. On remplace l'anneau de Hodge par une gimblette.

OBSERVATION VIII.

Rétroversion. — Épaississement du ligament utéro-sacré gauche sans salpingo-ovarite. — Hystéropexie.

Louise Did..., 38 ans, domestique, entrée salle Ste-Thérèse le 19 mai 1891.

La malade se plaint de souffrir depuis 6 ans d'une vive douleur dans la région iliaque droite et dans la cuisse correspondante.

Au toucher on trouve une rétroversion très accusée. De plus, lorsqu'on redresse l'utérus par l'hystéromètre on fait saillir le ligament gauche de Douglas.

La malade a déjà porté plusieurs pessaires mais on a toujours été obligé de les enlever à cause des douleurs qu'ils occasionnaient. A son entrée dans le service après réduction de la rétroversion on lui place un anneau de Hodge qui n'est pas mieux toléré.

OPÉRATION le 26 mai 1891, M. le Dr Goullioud se décide à intervenir chirurgicalement.

Après l'incision du péritoine on trouve les annexes droites et gauches parfaitement saines mais le ligament utéro-sacré gauche est épaissi et induré.

On fait l'hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne.

On complète l'occlusion de la partie supérieure de la plaie par deux surjets au catgut l'un sur le péritoine et l'autre sur l'aponévrose.

Pendant les 15 jours qui ont suivi l'opération la température rectale s'est maintenue autour de 38°,5, puis est redevenue normale. Il n'y a eu aucune complication.

10 juillet. — La malade sort allant bien.

26 août. — La malade va bien malgré un peu d'œdème des jambes. Son utérus est parfaitement fixé contre la paroi abdominale ; il est gros et remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade n'a pas eu ses règles depuis le 6 mai dernier, on ne sait pourquoi.

2 octobre 1891. — L'utérus est bien plaqué contre la paroi abdominale ; il est gros, allongé, arrive à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La cicatrice est bien solide. La malade a repris son travail, elle est très contente ; elle peut marcher quatre heures sans fatigue ; elle se plaint cependant de quelques troubles dyspeptiques.

27 octobre. — L'utérus est toujours en bonne position à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Depuis six mois ses règles n'ont pas paru. Un peu d'œdème des jambes.

17 mars 1892. — La malade va bien. Rien de sensible dans le cul-de-sac de Douglas. Légère rectocèle. On place une gimblette.

OBSERVATION IX.

Louise Sont., 42 ans, dévideuse, entrée salle Ste-Thérèse, le 1^{er} septembre 1892. Régée à 25 ans. A eu, il y a six ans, un enfant mort à 6 mois. Pas de fausse couche. Jamais d'irrégularité des règles ni de douleurs dans le ventre. Malade depuis un an.

M. le D^r Goullioud fait une hystéropexie au lieu de traiter la malade par des pessaires à cause de son âge peu avancé et parce qu'elle présente une bride allant de son col utérin au vagin.

L'hystéropexie est faite par le procédé de M. Laroyenne moins la manœuvre avec l'hystéromètre.

Pendant les trois jours qui ont suivi l'opération, la température rectale a oscillé entre 37°,8 et 38°3, puis est redevenue normale.

20 septembre. — La malade sort. Elle va bien. Sa cicatrice est très ferme. Il y a encore un léger degré de procidence mais plus apparent que réel à cause de l'hypertrophie de la lèvre antérieure du col.

OBSERVATION X.

Per... Marie, 42 ans, entrée le 22 mai 1889 dans le service de M. le P^r Laroyenne. Régée à 15 ans, toujours d'une manière normale.

Mariée à 24 ans, a eu quatre enfants. Après sa dernière couche, c'est-à-dire il y a quatre ans, comme elle avait déjà eu auparavant un peu de prolapsus utérin, elle garda le lit pendant cinq semaines. Mais c'est surtout depuis six mois que l'abaissement de l'utérus est très marqué.

A son entrée dans le service, on constate qu'il fait hors de la vulve une saillie de plusieurs centimètres ; on le réduit facilement mais il ne peut rester maintenu en place par suite du relâchement du plancher périnéal. La peau du périnée ne présente pas de déchirure, mais celui-ci est mince, flasque, sans résistance. Les parois vaginale, vésicale et rectale suivent l'utérus dans son prolapsus, cependant l'abaissement de ce dernier organe reste bien le phénomène prédominant.

L'utérus est gros ; sa cavité mesure 12 centimètres.

M. le Dr Goullioud fait trois séances de reposition d'après la méthode de Thur-Brand.

On remonte l'utérus très haut près de l'ombilic, ce qui est facile étant donné son volume et on le met en antéversion accentuée. L'utérus ne sort pas tant que la malade est au lit.

14 juin 1889. — M. le Pr Laroyenne pratique l'hystéropexie.

Il fait une incision abdominale de 8 centimètres à peine. Un aide avec le gros hystéromètre introduit dans la cavité utérine remonte l'utérus et le fait saillir au niveau de l'ouverture abdominale. M. Laroyenne place un premier point de suture sur le fond de l'utérus ; pour cela il embroche successivement avec la grande aiguille d'Emmet le tissu sous-cutané du bord gauche de la plaie, la couche musculo-aponévrotique, le péritoine, 2 à 3 centimètres de la face antérieure de l'utérus en ayant soin de rester dans l'intérieur même de cette paroi, puis à droite le péritoine, la couche musculo-aponévrotique et le tissu sous-cutané.

A ce moment comme on n'avait pas placé de large éponge pour maintenir les intestins en comptant sur une obturation suffisante de la plaie par l'utérus les intestins font issue au dehors ; on les réduit facilement.

On noue alors les fils ; ils sont en catgut chromique ordinaire de moyen volume ; on s'aperçoit qu'ils sont trop faibles ; on les remplace par du catgut plus gros.

On les noue, puis on fait au catgut une simple suture superficielle de la paroi abdominale.

Enfin on place dans le vagin un pessaire en gimblette et un tampon de gaze iodoformée.

15 juin. — On a été, hier soir et ce matin, obligé de sonder la malade.

21 juin. — Le cathétérisme urétral est de nouveau nécessaire.

22 juin. — Apparition des règles.

5 juillet. — Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible ; la malade commence à se lever.

12 juillet. — La malade quitte le service. Sa cavité utérine ne mesure plus que 9 centimètres ; on sent le fond de l'utérus fixé à la paroi abdominale à trois travers de doigt au-dessus du pubis. La malade devant se remettre immédiatement aux travaux des champs, on lui fait garder son pessaire par mesure de prudence.

OBSERVATION XI.

Salpingo-ovarite gauche. — Rétroversion adhérente. — Ablation des annexes gauches. — Hystéropexie. — Grossesse ultérieure.

Mar. . . Stéphanie, 27 ans, entrée le 10 mars 1891 dans le service de M. le P^r Laroyenne.

A eu la rougeole et la coqueluche dans son enfance ; a toujours été faible de santé ; était très sujette aux angines. A eu, il y a quatre ans, une forte bronchite et depuis cette époque s'enrhume facilement ; a eu, il y a un mois, des hémoptysies en même temps qu'un point douloureux sous l'omoplate gauche.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement pendant la première année et avec de vives douleurs, puis régulièrement, mais toujours avec douleurs.

Ses pertes menstruelles ont toujours été très abondantes ; leur durée était autrefois de 4 ou 5 jours mais depuis ces dernières années elles persistent plus d'une semaine ; a eu plusieurs fois des crises de nerfs à ces époques.

Il y a 8 ans, la malade aurait subi ici dans le service une opération avec anesthésie dans le cours de laquelle on lui aurait placé un pessaire.

Il y a un an et demi elle a eu une fausse couche de trois mois. A la suite elle a eu des hémorrhagies abondantes pendant 3 ou 4 mois mais pas de phénomènes fébriles. Depuis cette époque la malade a toujours souffert beaucoup, principalement au moment de ses règles, soit dans la région lom-

baire, soit surtout dans le côté gauche de l'hypogastre. Un pessaire placé par un médecin de la ville n'a pu être toléré.

Au moment de son entrée dans le service tout travail lui est devenu impossible; la marche est très difficile, elle a beaucoup de peine à accomplir un trajet d'une demi-heure.

A l'examen, on trouve l'utérus en rétroversion fixé par des adhérences au niveau des annexes gauches. Ces annexes ne sont pas volumineuses mais on sent très nettement la trompe qui est adhérente.

25 mars. — OPÉRATION par M. le Dr Goullioud. Incision médiane de 10 centimètres.

Quelques adhérences filamenteuses et une en lame fixent l'ovaire et la trompe gauche en arrière. Elles se laissent détacher aisément. L'ovaire étant amené à la plaie, on voit nettement quelques brides adhérentes qui unissent sa surface au pavillon; celui-ci est perméable après la rupture des adhérences. Sous ces adhérences, entre l'ovaire et la trompe, on trouve un petit kyste séreux.

On extirpe l'ovaire et la trompe en formant un seul pédicule dont on cautérise la surface de section au thermocautère.

Aucune hémorrhagie ne se produit au niveau des adhérences rompues.

Les annexes droites sont saines; elles sont laissées en place.

L'utérus est alors amené facilement contre la paroi abdominale antérieure.

Il est transfixé par le procédé de M. Laroyenne avec deux grandes aiguilles. On avive au bistouri la face antérieure de l'utérus sur une étendue de 3 centimètres carrés. On fixe alors l'utérus à la paroi abdominale par deux fils de catgut qui comprennent toute l'épaisseur des lèvres de la plaie y compris même la peau.

On ferme la plaie dans l'espace compris entre ces deux fils par une suture soignée au catgut.

21 avril. — Les suites de l'opération ont été simples. La température rectale a oscillé entre 38° et 38°,4 pendant les 5 jours qui ont suivi l'intervention; depuis elle est restée normale. Pendant quelques jours la malade n'a pu uriner spontanément mais ce trouble fonctionnel n'a pas persisté.

Actuellement elle ne se plaint d'aucun malaise: l'utérus est parfaitement fixé contre la paroi abdominale, le col est très haut. On juge inutile de lui mettre un pessaire. Elle quitte le service.

1^{er} juin. — La malade est revue. Elle va très bien.

19 janvier 1892. — La malade est revue à la consultation gratuite. Elle se plaint d'un peu de faiblesse générale, mais elle est toujours très satisfaite du résultat de son opération ; elle n'a plus les douleurs dont elle souffrait jadis ; elle doit cependant se ménager un peu. Ses règles durent en général 6 jours ; elle souffre alors un peu à gauche et est même quelquefois obligée d'interrompre son travail.

Ayant repris les rapports sexuels, a dû les suspendre parce qu'ils occasionnaient des douleurs pendant et après, avec nausées.

15 mars 1892. — La malade vient à la consultation parce qu'elle se croit enceinte. Elle n'a en effet pas eu ses règles depuis le 4 février. Elle va bien à part quelques malaises nerveux.

L'utérus est un peu à droite, plaqué contre l'abdomen. Le cul-de-sac gauche est d'une souplesse extrême plus souple même que normalement.

24 avril 1892. — La malade, non mariée, a eu à la suite d'un effort une fausse couche de 2 mois 1½ à la fin mars. Soins antiseptiques donnés pour préserver de l'infection les annexes droites conservées. Actuellement elle va aussi bien que possible ; elle travaille toute la journée, fait aisément des marches de 2 à 3 heures ; ses règles qui autrefois étaient trop abondantes et duraient 8 jours ne durent plus que 3 jours ; mais elle est pourtant toujours obligée de garder le repos le premier jour. Son utérus est en bonne position. Les culs-de-sac vaginaux sont parfaitement souples des deux côtés.

Présentée à la *Société des Sciences médicales* le 9 novembre 1892, allant toujours très bien.

OBSERVATION XII.

Rétroversion et hypochondrie. — Hystéropexie. — Grossesse ultérieure. — Incision vaginale secondaire. — Pas d'amélioration de l'état général.

Julie Dull... 34 ans, entrée le 8 août 1892, dans le service de M. le professeur Laroyenne.

Menstruée à 16 ans. Ses règles ont toujours été douloureuses le premier jour, jamais cependant au point de lui faire garder le lit. Mariée à 24 ans, a eu 3 enfants, le dernier il y a 4 mois. Il y a 3 ans fausse couche d'un mois 1½. La malade fait

remonter à cette époque le début de sa maladie : lassitude extrême, gêne de la miction, douleurs abdominales et lombaires, constipation. Malgré cela elle est devenue enceinte et a eu il y a 7 mois un accouchement normal. Depuis 3 mois les symptômes dont elle se plaignait se sont accusés davantage. La malade est très mélancolique ; elle s'étudie beaucoup et attache une grande importance à beaucoup de choses insignifiantes.

Au toucher on trouve une rétroversion typique avec un certain degré de rétroflexion. Quoique l'utérus paraisse peu mobile, il a cependant pu être réduit par M. Goullioud ; mais la boucle de Smith qu'il a placée n'a pu être gardée ; on essaie ainsi plusieurs pessaires toujours inutilement.

10 août. — M. Goullioud pratique l'hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne. Ses annexes sont saines.

L'opération est très simple.

Le soir T° 38°, 6.

11 août. — T° matin 38°,5, soir 39° 2. Le pouls est très rapide. Il y a des nausées et des vomissements continuels. M. Goullioud débride alors le cul-de-sac de Douglas, passe les doigts le long de l'utérus pour constater qu'il n'y a pas d'anse intestinale prise entre le corps utérin et la paroi. Aucun liquide péritonéal ne s'écoule. On place une mèche de gaze dans cette plaie vaginale.

12 août. — T° matin 38°8, soir 38°,9.

13 août. — T° matin, 38°, soir 38°,4.

Jusqu'au 20 août la température rectale oscille entre 37°,8 le matin et 38°,5 le soir ; à cette date elle redevient définitivement normale. On enlève la mèche vaginale.

1^{er} octobre. — La malade sort du service, le résultat opératoire est excellent, la cicatrice abdominale est petite et solide : l'utérus est parfaitement maintenu contre la paroi. Mais la malade continue à se plaindre de malaises vagues qui l'affectent beaucoup ; son hypocondrie n'a pas diminuée ; elle ne se trouve pas soulagée par l'opération.

Cette malade a été revue à différentes reprises par le Dr Goullioud, le 5 octobre 1893, pour la dernière fois.

Elle est devenue enceinte et a accouché à terme vers le 20 août dernier, c'est-à-dire un an et quelques jours après son opération. L'accouchement a été spontané, prompt, les fortes douleurs, au dire du mari, ayant duré deux heures. L'enfant est bien portant.

L'utérus a subi son involution, comme normalement ; sa situation est telle qu'après l'opération ; le fond fixé à la paroi abdominale au niveau de la ligne de suture, qui ne s'est aucunement laissé distendre. Etat local parfait.

Malheureusement, l'état mental de la malade ne s'est aucunement amélioré. Elle vit dans une perpétuelle angoisse effrayée de prétendus gaz « qui remontent, l'étouffent et l'empoisonnent ». Cependant le ventre est plat, ne renfermant ni gaz, ni scybales. La pression sur la face antérieure du sacrum révèle à ce niveau une hyperesthésie extrême, déjà constatée avant toute intervention et indubitablement indépendante de toute lésion inflammatoire ou néoplasique.

Le diagnostic d'hypocondrie, ou plutôt de manie hypocondriaque, ne saurait faire le moindre doute. Il est corroboré par M. le Dr Audry, médecin des hôpitaux, appelé aussi à examiner cette malade.

OBSERVATION XIII.

Prolapsus et rétroversion. — Hystéropexie.

Marie Bel..., 33 ans, entrée salle Sainte-Marie, le 4 février 1892.

Menstruée à 17 ans, toujours régulièrement, mariée à 24 ans. A eu trois enfants à 25, 27 et 31 ans, jamais de fausse couche.

Il y a 8 ans elle a consulté M. Laroyenne pour des douleurs lombaires ; il lui fit porter alors un pessaire de rétroversion.

Actuellement elle présente de la rétroversion avec prolapsus ; la vessie se prolonge jusque vers l'extrémité du col. M. Laroyenne réduit la rétroversion et fait constater avec le gros hystéromètre que l'on peut remonter l'utérus très haut et que le col peut arriver ainsi à être à plusieurs centimètres au-dessus de la vulve. Sans cela, en même temps que l'hystéropexie il ferait l'amputation du col. — La cavité utérine mesure 10 centimètres.

5 février. — M. le professeur Laroyenne pratique l'hystéropexie avec 3 fils de catgut par son procédé habituel.

Les suites de l'opération ont été très simples. La température n'a jamais dépassé 38°.

La malade sort guérie au bout de 3 semaines.

OBSERVATION XIV.

*Prolapsus utérin. — Cystocèle. — Hystéropexie. —
Colporrhaphie antérieure.*

Antoinette Dum..., 58 ans, ménagère, entrée dans le service de M. le professeur Laroyenne, le 29 mai 1891.

La malade a eu il y a 23 ans un accouchement laborieux pendant lequel il se produisit une profonde déchirure du périnée. Pendant les premières années qui suivirent, elle n'éprouva aucune gêne de cet accident ; mais au bout d'un certain temps son utérus commença à se montrer à la vulve ; elle porta alors des pessaires qui la soulagèrent.

Mais depuis 11 ans les pessaires ne peuvent être maintenus en place et actuellement l'utérus facilement réductible dans le décubitus horizontal fait au contraire dans la station debout une saillie extra-vulvaire du volume d'une grosse orange. Sa muqueuse est sèche, cutanisée, recouverte de petites ulcérations. La vessie accompagne l'utérus dans son prolapsus.

Le périnée est réduit à la cloison recto-vaginale. L'état général est excellent.

1^{er} juin. — Hystéropexie d'après le procédé de M. Laroyenne à l'aide de 3 fils de catgut.

Immédiatement après, colporrhaphie antérieure pour réduire la cystocèle.

Suites opératoires très simples. Les trois premiers jours, la température a oscillé entre 38° et 38°,5 puis est devenue normale.

25 juin. — La malade sort, son utérus est bien fixé. Malgré cela on lui place un anneau. La vulve baille par absence de périnée.

OBSERVATION XV.

Prolapsus. — Hystéropexie.

Claudine Pres..., 53 ans, entrée salle Sainte-Marie, le 26 décembre 1889.

Réglée à 13 ans, a eu 4 enfants, le dernier il y a 18 ans, tous ses accouchements ont été normaux, jamais de fausse couche.

Elle s'est aperçue de son prolapsus il y a un an. Plusieurs pessaires ont été essayés depuis le mois d'avril dernier, tous inutilement.

Actuellement il y a un prolapsus complet avec rectocèle et cystocèle.

La cavité utérine mesurée à l'hystéromètre est de 12 centimètres.

28 décembre. — M. le professeur Laroyenne pratique l'hystéropexie. On amène avec le gros hystéromètre l'utérus au niveau de la plaie abdominale ; on embroche sa paroi antérieure avec 4 grandes aiguilles qui traversent également le péritoine et l'aponévrose et on passe 4 gros fils de catgut ; quelques points superficiels, suture au catgut complètent l'occlusion de la plaie abdominale.

Le soir de l'opération T° 39°, 2.

29 décembre. — T° matin 38°, soir 38°, 2.

A partir du 30 décembre la température ne dépasse plus 38° malgré la suppuration de quelques points de suture superficielle.

20 janvier 1890. — La malade quitte le service complètement guérie, mais elle a toujours un peu de cystocèle et pour cela on lui fait porter un pessaire en gimblette.

27 mars 1890. — La malade va très bien. Le corps de l'utérus est appliqué contre la paroi postérieure du pubis, le col est élevé.

Elle porte toujours son pessaire en gimblette.

10 juillet 1890. — L'utérus est toujours en très bonne position. On a remplacé la gimblette par un anneau de Hodge.

19 juillet 1892. — L'utérus est toujours bien maintenu. La cystocèle reste réduite par un pessaire en gimblette. Mais à la partie inférieure de la plaie abdominale entre les points de suture il existe une petite hernie dont l'orifice de sortie est large environ comme une pièce de un franc. La malade avoue n'avoir jamais porté bien régulièrement sa ceinture hypogastrique.

OBSERVATION XVI.

Eviscération post puerpérale. — Prolapsus. — Cure radicale de l'éviscération. — Hystéropexie.

Rosalie Gui..., 31 ans, entrée le 1^{er} octobre 1891, salle Sainte-Thérèse.

Menstruée à 13 ans, toujours régulièrement, peu abondamment. Mariée à 22 ans a eu 4 enfants. Tous ses accouchements ont été difficiles ; ils ont nécessité deux fois une application de forceps, une fois une version ; une autre fois l'enfant est venu mort. C'est après cette couche, il y a 6 ans, qu'est survenue l'éventration que présente aujourd'hui la malade ; cette éventration bien tolérée dans le décubitus horizontal déterminait au contraire dans la station debout une sensation de malaise général avec état nauséux ; ces symptômes furent amendés par le port d'une ceinture hypogastrique.

Il y avait 3 mois que la malade portait cette ceinture lorsqu'elle fit une chute à la suite de laquelle se produisit un prolapsus dès le début aussi complet que maintenant. Elle resta pendant un an ou deux sans faire de traitement mais depuis 4 ans elle a essayé plusieurs sortes de pessaires. Aucun n'a pu être toléré et la malade se contente depuis lors de maintenir son utérus à l'aide, d'un bandage en T avec pelotes adaptées.

Actuellement la malade présente un prolapsus complet ; en même temps, lorsque, couchée, on la fait asseoir, on voit se dessiner une éventration qui commence à 2 travers de doigt, au-dessus du pubis et qui remonte jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ombilic ; c'est l'éventration classique des grossesses multiples.

Opération le 5 octobre 1891 par M. le Dr Goullioud. Incision elliptique remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'à l'extrémité inférieure de l'éventration et ayant près de 5 centimètres de largeur au niveau de l'ombilic. On traverse une couche graisseuse moyennement épaisse jusqu'à l'aponévrose. Le lambeau cutané se laisse détacher très aisément de la couche aponévrotique de la ligne blanche distendue ; au niveau de l'ombilic on excise la cicatrice cutanée au bistouri ; on constate avec surprise qu'on vient de produire une petite perte de substance à la ligne blanche sans toutefois avoir intéressé la séreuse sous-jacente. On ferme cette perforation de la couche aponévrotique à l'aide d'un point de suture au catgut chromique.

A ce moment, la malade étant dans la position de Trendelenburg, on voit très nettement tout le sac aponévrotique formé par la ligne blanche distendue rentrer pour ainsi dire dans l'abdomen en faisant une gouttière entre les muscles droits.

Sur le muscle droit, du côté droit d'abord, et près de son bord interne, on entaille avec les ciseaux le feuillet antérieur

de la gaine aponévrotique, puis on sectionne ce feuillet en remontant le long du bord interne du muscle et par suite un peu en dehors de la ligne blanche distendue.

Même section de la gaine du muscle droit du côté gauche des deux côtés. Cette section de la gaine aponévrotique du muscle droit de chaque côté de la ligne blanche distendue donne quatre lèvres aponévrotiques, une interne et une externe de chaque côté (1).

* On suture en surjet au catgut chromique fin les lèvres aponévrotiques internes droite et gauche qui résultent de la section longitudinale de la gaine des muscles droits. Cette suture se fait par suite au-dessus de la ligne blanche qui rentre ainsi au fur et à mesure dans l'abdomen. Par dessus, on fait un second plan de suture également avec un surjet de catgut chromique fin pour réunir les lèvres aponévrotiques externes droite et gauche.

Ces 2 plans de suture ne comprennent que les deux tiers supérieurs de la ligne herniaire; on réserve la suture du tiers inférieur pour le moment, où on fera l'utéro-fixation.

On continue donc de haut en bas, à droite et à gauche, la section longitudinale des gaines des droits en faisant réunir ces deux lignes de section au-dessous de l'angle inférieur de la ligne d'éventration.

Sur le côté gauche de la ligne blanche on pénètre jusqu'à dans la cavité péritonéale. La vessie distendue et remontée du côté de l'ombilic par son poids dans la position de Trendelenburg se présente sous un aspect tout spécial dû sans doute à sa laxité qui doit augmenter sa cavité et à la réduction de la cystocèle; elle se montre à l'ouverture du péritoine sous les apparences d'une poche liquide simulant un kyste de l'ovaire. On refoule alors la vessie en bas à l'aide d'une éponge et l'intestin en haut à l'aide d'une autre éponge. On va ensuite entre ces deux éponges avec les doigts et une pince de Doléris chercher le fond de l'utérus que l'on n'a pu cathétériser.

Immédiatement on passe 3 grandes aiguilles qui pénètrent d'abord laèvre aponévrotique externe, la ligne blanche plissée, le péritoine, la paroi utérine antérieure, laèvre péritonéale, puis l'aponévrose du côté opposé.

On passe alors 3 gros catguts à l'aide des 3 aiguilles que l'on retire successivement; on les noue au fur et à mesure et

(1) *De l'éventration opératoire; prophylaxie et cure radicale* par le Dr GOULLIOUD (*Lyon médical et Archives de Tocologie*, 1892).

on fixe ainsi la paroi antérieure ds l'utérus au péritoine et aux couches aponévrotiques.

Au-dessus et au-dessous, on fait un très petit surjet au catgut sur le péritoine pour le bien fermer. On en fait autant sur les lèvres aponévrotiques externes.

L'éventration se trouve donc fermée dans son tiers inférieur comme au-dessus par deux plans de suture, l'un profond comprenant les couches aponévrotiques externes et internes, ainsi que le péritoine et la paroi utérine antérieure, et un second plan superficiel de suture en surjet au catgut fin unissant seulement les lèvres aponévrotiques externes entre les 3 points profonds.

On termine par la suture de la peau et de la couche sous-cutanée. Cette suture comprend 4 points d'affrontement profonds au catgut pénétrant même dans la couche aponévrotique pour ne pas laisser là d'espace mort et un surjet au catgut tout à fait superficiel.

Pas de drainage.

Durée de l'opération : 1 h. 20'.

Le soir de l'opération : T° 37°,6.

6 août. — La malade est très oppressée, son pouls est très rapide ; le soir, elle a une expectoration puriforme ; à l'auscultation on trouve de la submatité et du souffle à la partie moyenne du poumon droit, en même temps gros ronchus disséminés. Du côté du ventre on ne trouve rien d'anormal, ni douleur, ni tympanisme, ni nausée.

T° matin, 38°,4, soir 40°.

On prescrit Kermès 0 gr. 05, sulfate de quinine 0 gr. 50 et un topique.

7 août. — Les phénomènes pulmonaires s'amendent malgré la persistance du souffle et des ronchus. Toujours aucun phénomène abdominal, sauf un peu de douleur au niveau de la plaie au moment de la toux. Faciès calme. Pouls 120. T° matin 38°,7, soir 38°.

8 août. — Tout est rentré dans l'ordre. Une verrée d'eau purgative détermine plusieurs selles. T° matin 38°, soir 38°,6.

Jusqu'au 11 août, la température rectale oscille entre 38° le matin et 38°,6 le soir, mais, à partir de cette date, elle ne dépasse plus 38°.

La cicatrisation se fait par première intention.

25 août. — La malade demande à quitter le service.

Le résultat immédiat est parfait. Au lieu d'une ligne blanche distendue, la malade présente une cicatrice absolument

linéaire. L'utérus est plaqué contre le pubis, le col est distant de 6 centimètres du bord inférieur de la symphise. Le prolapsus et l'éventration sont donc complètement corrigés. Par mesure de prudence on prescrit cependant le port d'un pessaire en anneau et d'une ceinture à plaque hypogastrique.

15 février 1892. — La malade va bien. La ligne blanche n'a pas cédé; le fond de l'utérus est à 4 travers de doigt au-dessus du pubis.

Le pessaire que l'on avait placé a été expulsé au bout d'un mois. Il y a une tendance au prolapsus des parois vaginales par défaut de périnée.

Revue le 12 juin 1893, un an et demi après l'opération. Le résultat s'est maintenu intégral: pas trace d'éventration; utérus haut situé. Pas de prolapsus vaginal.

OBSERVATION XVII.

Prolapsus utérin. — Hystéropexie.

Marie Cat..., 55 ans, matelassière, entrée salle Sainte-Thérèse le 5 novembre 1892.

Réglée à 18 ans. A eu deux enfants, le dernier il y a 30 ans. Ménopause il y a 5 ans. Le début de son affection remonte à sa dernière couche.

Actuellement la malade est atteinte d'un prolapsus utérin qui se réduit facilement, mais qui n'a pu être maintenu réduit par différents pessaires qu'on lui a placés depuis 4 ans.

7 novembre. — Opération. Incision de 6 cent. environ sur la ligne médiane à partir de 4 cent. au-dessus du pubis. L'utérus est relevé et amené à la plaie à l'aide de l'hystéromètre. Quelques anses intestinales viennent se placer au-devant du fond de l'utérus, mais on peut les refouler facilement et l'on saisit le fond de l'utérus avec deux pinces hémostatiques. On le fixe alors à la paroi abdominale par 4 points de suture au catgut, et on complète l'occlusion de la plaie par deux plans de suture continue pour la couche musculo-aponévrotique et pour la peau.

La température, après avoir oscillé entre 37°,8 et 38°,2 pendant les 3 premiers jours après l'opération, redevient normale dans la suite.

27 novembre. — La malade sort.

OBSERVATION XVIII.

Rétroversion adhérente. — Salpingo-ovarite gauche. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Drainage de Mickulicz.

Jeanne-Marie Bel..., 40 ans, entrée salle Sainte-Thérèse le 9 juin 1892.

N'a pas eu d'enfant. Est malade depuis 8 mois.

Au toucher on trouve une rétroversion adhérente avec salpingo-ovarite gauche.

Le soir de son entrée, T° 38°,4.

Le lendemain, T° matin 37°,6, soir 38°,6.

Le surlendemain, T° matin 38°, soir 37°,8.

Puis la température reste normale les jours suivants.

18 juin. — Laparotomie médiane. On va d'abord à la recherche des annexes gauches que l'on trouve à leur place normale entourées d'adhérences difficiles à détacher. Pendant ces manœuvres, on rompt une poche kystique d'où s'écoule un liquide séro-purulent. On enlève la trompe kystique, mais on laisse très probablement la plus grande partie de l'ovaire. La trompe enlevée est manifestement épaissie et dilatée.

Les annexes droites sont ensuite amenées à la plaie ; elles ne présentent pas d'autres lésions que de l'occlusion du pavillon. On les enlève aisément. Le pédicule est facile à faire.

On attire alors l'utérus en avant et on le fixe à la paroi abdominale par un point de suture.

On place un drainage de Mickulicz.

17 juillet 1892. — La malade sort. Les suites opératoires ont été simples.

La température a atteint 38°,8 le soir du lendemain de l'opération, puis, pendant les douze jours suivants, elle a oscillé entre 37° le matin et 38°,4 le soir et est enfin redevenue normale.

Au moment de sa sortie, la partie inférieure de la plaie n'est pas complètement cicatrisée ; il reste à ce niveau un petit trajet fistuleux.

10 juin 1893. — La malade rentre à nouveau dans le service.

Ses règles avaient cessé pendant les deux mois qui ont suivi son opération, mais elles ont reparu depuis et sont même, assure la malade, plus abondantes qu'auparavant. Au

niveau de la partie inférieure de la plaie il a toujours persisté une fistule par où il s'écoule de temps en temps un liquide séro-purulent et, au moment de ses règles, un peu de sang. Au-dessous de l'orifice fistuleux existe dans la paroi abdominale, semble-t-il, un gros noyau induré.

Depuis quatre mois, la malade souffre de douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher vaginal on sent dans le cul-de-sac gauche une petite tumeur relativement mobile.

21 juin. — Opération par M. le professeur Laroyenne. Incision elliptique englobant la cicatrice qu'on excise.

Après l'ouverture du péritoine on cherche l'ovaire gauche qui est très mobile et fuit sous le doigt. On saisit son pédicule avec des pinces et on sectionne. Ligature puis suture du pédicule. L'ovaire paraît un peu scléreux et présente un petit kyste.

A la partie inférieure de la plaie on incise sur une sonde cannelée le trajet fistuleux ; il conduit sur une petite masse indurée dont on ne peut déterminer la nature et qui est située sur la face antérieure de la vessie : à cause de ses rapports intimes avec cet organe, on ne l'excise pas. Par la pression on fait sortir un peu de pus par le trajet fistuleux ; on suture à la peau les deux lèvres de l'orifice fistuleux de manière à l'isoler complètement du péritoine. On fait alors au catgut la suture ordinaire en trois plans de la partie supérieure de la plaie abdominale. Dans sa moitié inférieure on place un drainage de Mickulicz avec fils d'attente au catgut : deux péritonéaux, trois aponévrotiques et trois cutanés.

Le soir de l'opération T° 38°.

22 juin. — T° matin, 38° ; soir, 39°,4.

23 juin. — La malade se plaint de malaise général avec céphalée, nausées.

La salive donne par le calomel la réaction de l'iodoforme. T° matin, 39° ; soir, 39°.

Le 24 juin. — On enlève le Mickulicz et on fait les trois plans de suture.

La malade ne se plaint pas trop.

La plaie d'ailleurs paraît en bonne voie de cicatrisation dans toutes ses parties.

27 juin. — Les sutures faites au niveau du Mickulicz, ont complètement lâché et toute la moitié inférieure de la plaie abdominale est ainsi béante.

La malade a continué à avoir une température variant entre 38° et 39°.

Les jours suivants la température s'élève encore et oscille entre 39° et 40°, puis elle devient brusquement normale à partir du 8 juillet.

22 juillet. — La malade sort allant bien. A la partie inférieure de sa plaie reste un point qui n'est pas encore complètement cicatrisé.

OBSERVATION XIX.

Prolapsus utérin. — Hystéropexie.

Louise Del..., 61 ans, cultivatrice, entrée salle Sainte-Thérèse, le 18 juillet 1893.

Bonne santé habituelle, a eu 3 enfants, le dernier il y a 32 ans. Tous ses accouchements ont été normaux.

Le prolapsus actuel a débuté, il y a 19 ans, mais il est surtout marqué depuis 10 ans ; il se réduit assez facilement mais il se reproduit aussitôt dans la station debout ; le prolapsus est ainsi aussi complet que possible. La cavité utérine mesure 12 centimètres.

Il y a 4 ou 5 ans, la malade a porté pendant quelque temps un pessaire, mais il n'a pu être gardé.

Comme c'est une femme robuste, paraissant plus jeune que son âge, on se décide immédiatement pour l'hystéropexie.

L'hystéropexie est pratiquée le 22 juillet par M. le professeur Laroyenne suivant son procédé habituel. L'utérus est fixé à la paroi abdominale par 3 crins de Florence. Suture superficielle de la peau au crin de Florence. Opération très facile. Suites simples. La température n'a pas dépassé 38°, 2 les jours qui ont suivi.

7 août. — La malade sort. Son utérus est parfaitement maintenu contre la paroi abdominale élevé.

OBSERVATION XX.

Prolapsus utérin. — Hystéropexie.

Félicie Barb..., 38 ans, domestique, entrée salle Sainte-Marie, le 5 juillet 1893.

Bonne santé habituelle. Menstruée à 12 ans toujours régulièrement, abondamment, 2 accouchements il y a 18 ans et il y a 7 ans, tous deux absolument normaux, jamais de fausse

couche. Depuis le mois de janvier dernier, elle aperçoit que son utérus fait saillie à la vulve ; le prolapsus a augmenté peu à peu depuis cette date et actuellement l'utérus fait hors de la vulve une saillie de 6 à 8 cent.

12 juillet. — Hystéropexie par M. le professeur Laroyenne suivant son procédé habituel. 3 fils de catgut fixent l'utérus à la paroi abdominale. Opération simple.

18 juillet. — Depuis deux jours la malade a plus de 39°. Le pourtour de sa plaie est rouge, un peu douloureux. On enlève les fils cutanés. Il sort alors de la paroi abdominale une grande quantité de pus fétide très liquide.

7 août. — La malade va bien, son utérus est maintenu contre la paroi abdominale.

Sa plaie suppure encore un peu.

OBSERVATION XXI

Prolapsus utérin. — Cystocèle. — Déchirure périnéale. Hystéropexie et colporrhaphie antérieure, puis périnéorrhaphie.

Madeline Ruch..., 43 ans, entre salle Sainte-Thérèse, le 30 avril 1890.

Réglée à 12 ans. A eu son premier enfant à 24 ans. Deux autres en bonne santé. Le dernier accouchement a été difficile. Rétention placentaire, fièvre puerpérale. Depuis le premier accouchement, chute de l'utérus mais les pessaires remédièrent à cet inconvénient jusqu'à il y a 4 ans. Depuis cette époque la malade pour marcher était obligée de soutenir son utérus à l'aide d'une large bande de caoutchouc. Maux de cœur. Amaigrissement rapide. Depuis quatre mois aggravation de tous les symptômes. La malade est forcée de garder le lit. La tumeur n'est plus réductible et les douleurs sont très vives.

Actuellement amaigrissement assez marqué. La vulve très dilatée est obstruée par une tumeur rosée, plissée, du volume d'une orange. Cette tumeur est formée par la face inférieure de la vessie, le cul-de-sac antérieur et la lèvre antérieure du col utérin. En effet, l'orifice du col se trouve à la partie postérieure de la tumeur qu'il faut soulever pour faire le cathétérisme de l'utérus. Le cul-de-sac postérieur est fixe et n'a jamais subi de déplacement. La cavité utérine mesure 8 centimètres. Le cystocèle est si accentué qu'il ne peut être maintenu par un pessaire ; si l'on ne continue pas après la réduction à maintenir la tumeur avec la main, elle se reproduit aussitôt.

OPÉRATION, le 7 mai. — 1° *Colporrhaphie antérieure*. — On dissèque sur la tumeur vulvaire à partir de la ligne médiane deux lambeaux de muqueuse en volets. Ablation de la muqueuse sur une surface de 8 à 9 centimètres de long et de 4 ou 5 de large. Affrontement des deux lambeaux cruentés et suture au catgut. La sous-muqueuse est très vasculaire et même après la suture très serrée il se fait un petit suintement de sang.

2° *Hystéropexie*. — Incision de la paroi abdominale à partir du pubis jusqu'à deux centimètres de l'ombilic. Section des différents plans. Ouverture du péritoine immédiatement oblitérée par des anses intestinales, qu'on a beaucoup de mal à refouler latéralement à l'aide de larges éponges plates. Un gros hystéromètre remonte l'utérus vers la partie supérieure de l'incision. On le fixe à la paroi à l'aide de trois grandes aiguilles que l'on laisse en broche pendant la toilette du champ opératoire.

Enfin on pratique trois plans de suture : le premier, trois points au catgut, fixe l'utérus au plan musculaire. Le deuxième plus serré ferme le péritoine et l'aponévrose ; le troisième tout à fait superficiel n'intéresse que la peau.

8 mai. — T. matin, 38°5. Soir, 38°8.

9 mai. — T. matin, 38°4. Soir, 38°9.

10 mai. — T. matin, 39°5, Soir, 38°2.

Rien du côté de la plaie abdominale. On retire du vagin quelques tampons de gaze iodoformée.

11 mai. — T. matin, 38°5. Soir, 39°8.

12 mai. — T. matin, 38°4. Soir, 38°8.

13 mai. — T. matin, 38°. Soir, 37°4.

La température reste normale à partir de cette date.

25 mai. — La plaie abdominale et la plaie vaginale sont complètement cicatrisées.

4 juin. — Périnéorrhaphie par le procédé de Lawson-Tait. Suture avec trois fils métalliques. Pendant les 5 jours qui suivent, la température oscille entre 37°6 le matin et 38°8 le soir puis redevient normale.

OBSERVATION XXII

Mme R..., de Mâcon, opérée par M. le docteur Goullioud à la maison des sœurs Sainte-Mathilde.

A eu 2 enfants, plusieurs fausses couches, la dernière il y a 18 ans. A depuis longtemps une rétroversion utérine d'abord bien supportée, mais depuis 6 mois, lui occasionne de vives

douleurs et l'oblige fréquemment à s'aliter. La réduction à l'hystéromètre tentée par M. Goullioud en octobre 1892 a été impossible. Une autre fois elle a pu être faite, mais le pessaire n'a pu être gardé surtout à cause du manque de développement du vagin qui était exceptionnellement court.

L'opération a été pratiquée par M. le docteur Goullioud, le 9 mars 1893. Après laparotomie médiane on va d'abord à la recherche des annexes gauches qu'on amène à la plaie. A ce moment un petit kyste ovarique à contenu sanguin crève, et bien que le pavillon de la trompe soit libre, M. Goullioud se décide à l'ablation des annexes de ce côté pour l'hémostase. La confection du pédicule est facile et prompte.

On a de la difficulté à amener à la plaie les annexes droites. La trompe présente un hydrosalpynx dont le contenu s'écoule en partie. Ce sont les adhérences tubaires au fond du bassin qui sont cause de la récurrence constante de la rétroversion et de toutes les douleurs.

On enlève trompe et ovaire. La confection du pédicule est également très aisée. Pas de cautérisation des pédicules.

Ensuite on pratique l'hystéropexie par le procédé de Terrier. Deux points de suture au catgut comprennent l'aponévrose et la paroi antérieure de l'utérus sur laquelle on a fait une petite plaie à l'aide d'une pince de Doléris. Puis on ferme la plaie abdominale par trois plans de suture au catgut.

Les suites immédiates de l'opération ont été absolument simples; pendant les 3 jours qui ont suivi, la température a oscillé entre 37°,4, le matin et 38°,3 le soir puis elle est redevenue normale.

Les nouvelles ultérieures de la malade ont été très satisfaisantes.

OBSERVATION XXIII (Personnelle.)

*Prolapsus utérin. — Déchirure du périnée. — Hystéropexie.
— Restauration du périnée.*

Per..., âgée de 25 ans, entrée dans le service de M. le professeur Laroyenne le 6 octobre 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 6.

Bonne santé habituelle; menstruation régulière.

Mariée, elle eut un enfant il y a 4 ans. L'accouchement qui eut lieu en Algérie fut, paraît-il, assez laborieux, mais se termina cependant sans l'assistance d'aucun médecin.

Deux mois après cet accouchement, lorsque la malade fut remise de ses couches, elle ressentit dans le bas-ventre des douleurs et des tiraillements. Dès cette époque, elle avait un prolapsus utérin, mais moins accentué qu'actuellement.

Il y a un an, la malade a subi une opération sous anesthésie. D'après son dire, on lui aurait fait une amputation du col.

6 octobre. — La malade entre dans le service. A l'examen, on constate un prolapsus utérin. Les parois antérieure et postérieure du vagin font une saillie très marquée entre les grandes lèvres. Entre ces deux bourrelets apparaît également le col de l'utérus. La malade raconte que chaque fois qu'elle se fatigue, la matrice sort en grande partie de la vulve.

La lèvre antérieure du col utérin est très allongée, en bec de flûte et recouvre l'orifice externe du col.

Le périnée est déchiré sur une étendue d'environ 2 centimètres. Il est incapable de maintenir convenablement un pessaire.

Pas de gêne de la miction.

Constipation fréquente.

7 octobre. — Étant donné le jeune âge de la malade et le degré déjà avancé du prolapsus, on propose l'opération, qui est acceptée.

Le 7 octobre, M. Condamin pratique l'hystéropexie suivant le procédé de M. Laroyenne. Incision de 7 cent. sur la ligne médiane; le péritoine est ouvert. A ce moment, on constate que l'épiploon est largement étalé au-devant de l'utérus, qu'un aide maintient appliqué à la paroi abdominale au moyen du gros hystéromètre placé dans sa cavité. L'épiploon est récliné et replacé dans la cavité abdominale. L'utérus est fixé par trois aiguilles qui traversent les couches superficielles de sa face antérieure. Elles sont bientôt remplacées par 3 crins de Florence et la plaie abdominale est fermée.

Restauration du périnée par dédoublement de la paroi postérieure.

Suites opératoires très simples.

26 octobre. — La malade sort du service. Son périnée est en parfait état et offre une résistance normale. L'utérus est très bien fixé contre la paroi abdominale antérieure; il est assez haut. La malade conserve un anneau rond par mesure de prudence.

CHAPITRE VI.

CONCLUSIONS.

1° — Le procédé d'hystéropexie recommandé par M. le professeur Laroyenne doit être rangé dans la classe des *hystéropexies intra-péritonéales* à fixation directe.

2° — Les hystéropexies *extra-péritonéales* sont des opérations aveugles qui peuvent être dangereuses. On doit les rejeter d'une manière absolue. *Le péritoine doit être toujours ouvert.*

3° — L'hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne diffère des autres méthodes par le relèvement préalable de l'utérus au moyen du *gros hystéromètre* ad hoc et par sa fixation définitive à la paroi abdominale antérieure à l'aide des *grandes aiguilles-broches*. Le grand avantage et la caractéristique de cette opération est que la cavité abdominale est fermée par l'utérus aussitôt l'ouverture du péritoine.

4° — Le manuel opératoire est d'une simplicité idéale et d'une très grande rapidité. L'opération complète, en dehors des soins préliminaires, peut ne pas durer dix minutes. L'innocuité et la rapidité tiennent surtout à l'emploi du *gros hystéromètre* qui relève l'utérus et le réduit, et des *aiguilles-broches* qui, fermant de suite la cavité, en écartent toutes chances

d'infection. L'application ultérieure d'un pessaire est le complément essentiel de l'intervention. L'*anneau* fait partie intégrante du traitement.

5° — Les *crins de Florence* sont préférables à toutes les autres substances pour les sutures fixatrices de l'utérus par suite de leur lente résorption.

6° — L'hystéropexie est particulièrement indiquée dans le cas de *prolapsus* simple et complet de l'utérus. Elle peut cependant rendre de grands services quand les parois vaginales sortent de la vulve mais alors elle doit être complétée par d'autres opérations appropriées.

7° — Dans les *rétroflexions* et les *rétroversions*, elle n'est bien indiquée que lorsqu'il existe des adhérences empêchant de tirer aucun bénéfice des moyens simples ordinaires.

8° — Certains cas, où le phénomène prédominant est la *douleur* occasionnée par la pression de l'utérus sur les annexes ou du col utérin sur le vagin, sont une indication très nette de l'hystéropexie qui soulage de suite les malades.

9° — La ventro-fixation n'empêche nullement les grossesses ultérieures.

L'accouchement se fait à terme et sans accident.

Vu et permis d'imprimer.

Le Doyen,
LORTET.

Le Président de la thèse,
LAROYENNE.

Le Recteur,
EM. CHARLES.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitres	Pages
— Avant-propos.	5
I. — Etude générale des divers procédés d'hystéropexie.	9
II. — De l'hystéropexie par le procédé du professeur Laroyenne. — Manuel opératoire.	21
III. — Avantages fournis par la méthode du professeur Laroyenne	28
IV. — Quelques réflexions sur les indications et les contre-indications de l'hystéropexie	37
V. — Pièces justificatives. — Observations.	47
IV. — Conclusions	76

